



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Serviço de Gestão Acadêmica



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Análise da Implantação do Programa de Eliminação da Hanseníase em Manaus

por

Francilene Xavier Ferreira

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências
na área de Saúde Pública.*

Orientadora:

ELIZABETH MOREIRA DOS SANTOS

Manaus, 23/08/2005.

***Subprograma de Mestrado Interinstitucional da CAPES
Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane
Universidade Federal do Amazonas***

Esta Dissertação, intitulada:

**Análise de Implantação do Programa de Eliminação da Hanseníase em
Manaus**

Apresentada por

Francilene Xavier Ferreira

Avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a MARIA DA GRAÇA SOUZA CUNHA

Prof.^a Dr.^a MARIA ELIANA LABRA GONZALES

Prof.^a Dr.^a ELIZABETH MOREIRA DOS SANTOS – Orientadora principal

Dissertação defendida e aprovada em 15 de julho de 2005.

RESUMO

Hanseníase é uma doença infecto-contagiosa crônica causada pelo *Mycobacterium leprae*, atinge a pele e os nervos, quando não diagnosticada e tratada precocemente pode causar incapacidades físicas graves. O contágio ocorre através do contato entre pessoas saudáveis com casos contagiantes. Hoje a doença é de fácil diagnóstico e tratamento. Os esquemas de Poliquimioterapia da Organização Mundial de Saúde levam a cura em períodos relativamente curtos, é realizado em regime ambulatorial. O Brasil ocupa o segundo lugar no mundo em números de casos absolutos. Em 1991, a OMS fez o acordo com os países endêmicos para o alcance da meta de eliminar a hanseníase como problema de saúde pública até o ano de 2000, baixando a taxa de prevalência da doença para menos de um caso por 10.000 habitantes. O Brasil não alcançou a meta estabelecida, o prazo foi estendido até 2005. Com o objetivo avaliar a implantação das ações de eliminação da hanseníase no município de Manaus, Amazonas foi realizada a pesquisa avaliativa do tipo estudo de caso. Seu referencial teórico utiliza o Modelo Lógico de Programa proposto pelo *Center for Disease Control (CDC)* em 1997. A metodologia possibilitou construir o modelo lógico do programa de controle da hanseníase no município de Manaus com base nas diretrizes e normas do programa nacional. A pesquisa abrangeu os atores envolvidos nas ações de eliminação da hanseníase através de entrevistas com gerentes, profissionais e usuários. Quanto às atividades realizadas nas unidades, verificou-se que nenhuma das unidades teve como satisfatória a implantação das ações do PEL. Em três unidades ainda é o especialista que realiza as atividades. Quanto à qualidade o estudo permitiu trabalhar em três perspectivas: perfil dos profissionais em relação a treinamentos e capacitações; satisfação e julgamento dos usuários em relação ao serviço; presença das informações exigidas pelo programa nos prontuários dos pacientes. Os profissionais receberam treinamento e capacitação para realizarem as ações de eliminação da hanseníase, participaram de seminários e outros eventos, dos cinco entrevistados, três são especialistas em dermatologia, todos têm mais de cinco anos de experiência. Quanto à qualidade das ações na opinião dos pacientes e usuários, a maioria dos entrevistados não tem dificuldade em continuar tratamento, as consultas mensais são acompanhadas pelo mesmo médico. Observou-se existir o vínculo do paciente com o serviço, o que ajuda a evitar o abandono do tratamento. Quanto aos registros em prontuários, verificou-se que alguns os prontuários não estavam devidamente preenchidos com todas as informações requeridas pelo programa. O resultado mostrou que as ações de eliminação da hanseníase implantadas no município foram insatisfatórias comprometendo o alcance da meta de eliminação da hanseníase em Manaus.

Palavras chaves: hanseníase – avaliação – implantação – Manaus - programa.

ABSTRACT

Leprosy is a chronic contagious disease caused by Mycobacterium leprae, reaches the skin and the nerves, when not diagnosed and treated precociously can to cause serious physical incapacities. The infection happens through the contact among people healthy with contagious cases. Today the disease is of easy diagnosis and treatment. The outlines of Poliquimioterapia of the World Organization of Health take the cure in periods relatively short, it is accomplished in policlinic regime. Brazil occupies it second place in the world in numbers of absolute cases. In 1991, OMS made the agreement with the endemic countries, for the reach of the goal of eliminating the leprosy as public health problem to the year of 2000, lowering the tax of prevalence of the disease for less than a case for 10. 000 inhabitants. Brazil didn't reach the goal established, the period was extended up to 2005. With the objective to evaluate the implantation of the actions of elimination of the leprosy in the municipal district of Manaus, Amazon was accomplished the research evaluated of the type case study. Its theoretical referencial uses the Model Logical of Program proposed by the Center it goes Disease Control (CDC) in 1997. The methodology made possible to build the logical model of the program of control of the leprosy in the municipal district of Manaus with base in the guidelines and norms of the program national. The research included the actors involved in the actions of elimination of the leprosy through interviews with managers, professionals and users. As for the activities accomplished in the units was verified that none of the units had as satisfactory the implantation of the actions of PEL. In three units it is still the specialist who accomplishes the activities. As for the quality, the study allowed to work in three perspectives: the professionals' profile in relation to trainings and qualify; satisfaction and the users' judgement in relation to the service; presence of the information demanded by the program in the patients' handbooks. The professionals received training and qualify for us to accomplish the actions of elimination of the leprosy, they participated in seminars and other events, of the five interviewees, three are specialists in dermatology, all have more than five years of experience. As for the quality of the actions in the patients' opinion and users, most of the interviewees no has difficulty in continuing treatment, the monthly consultations are accompanied by the same doctor. It was observed the patient's bond to exist with the service, what helps to avoid the abandonment of the treatment. As for the registrations in handbooks, it was verified that some the handbooks were not properly filled out with all of the information requested by the program. The result showed that the actions of elimination of the leprosy implanted in the municipal district were unsatisfactory committing the reach of the goal of elimination of the leprosy in Manaus.

Key words: Leprosy-evaluation-implantation-Manaus-it programs-it analyzes

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde
CDTVAM - Centro de Dermatologia Tropical e Venereologia Alfredo da Matta
CENEPI – Centro Nacional de Epidemiologia
CMS – Conselho Municipal de Saúde
CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CS – Centro de Saúde
CDC – *Center for Disease Control*
DAHW – Associação Alemã de Assistência ao Hanseniano
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
FMT – Fundação de Medicina Tropical
FUAM – Fundação Alfredo da Matta
FUNASA – Fundação Nacional de Saúde
HUGV - Hospital Universitário Getulio Vargas
IBGE – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDTVAM – Instituto de Dermatologia Tropical e Venereologia Alfredo da Matta
LOS – Leis Orgânicas da Saúde
MH – Mal de Hansen
MS – Ministério da Saúde
MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social
MORHAN – Movimento de Reintegração de Pessoas Atingidas pela Hanseníase
NOB – Norma Operacional Básica
NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONG – Organização Não Governamental
OPAS - Organização Pan-americana de Saúde
PAB - Piso de Atenção Básica
PMF – Programa Médico da Família
PACS – Programa de Agente Comunitário de Saúde
PEL – Plano de Eliminação da Hanseníase
PSF – Programa Saúde da Família
PPI - Programação Pactuada Integrada
PQT – Poliquimioterapia
SIGAB – Sistema de Informação Gerencial da Atenção Básica

SEMSA – Secretaria Municipal de Saúde

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SUCAM – Superintendência de Campanha da Malária

SUSAM - Superintendência de Saúde do Amazonas

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFAM – Universidade Federal do Amazonas

UNAIS – *United Nations Association Service*

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Coeficiente de detecção da hanseníase no Estado do Amazonas de 1987 a 2002	26
Figura 2	Coeficiente de detecção em menores de 15 anos, Amazonas 1998-2001	29
Figura 3	Coeficiente de prevalência da hanseníase em Manaus, 1990 a 2002	36

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Síntese dos principais eventos históricos relacionados ao controle da hanseníase no Brasil	13
Quadro 2	Modelo Lógico do Programa de Eliminação de Hanseníase	48
Quadro 3	Unidades selecionadas por nível de atenção da hanseníase	50
Quadro 4	Seleção de casos para entrevistas com gerentes profissionais e usuários.	52
Quadro 5	Quantidade de unidades com ações do PEL no Estado, capital e interior	53
Quadro 6	Casos de hanseníase notificados no Amazonas e em Manaus, 1993 a 2001.	54
Quadro 7	Coeficiente de detecção de casos de hanseníase segundo as Zonas Distritais de Manaus.	55
Quadro 8	Distribuição dos casos notificados por sexo em Manaus, 2002	56
Quadro 9	Pontuação do componente assistência farmacêutica nas dimensões de estrutura, processo e resultado.	57
Quadro 10	Pontuação do componente gestão, nas dimensões de estrutura, processo e resultado.	58
Quadro 11	Organização da Atenção Básica em Dermatologia Sanitária, Manaus, 2003.	61
Quadro 12	Oferta do PEL no Município, 2001 e 2002, Manaus.	62
Quadro 13	Estrutura Física: material e recursos humanos da coordenação Municipal	62
Quadro 14	Pontuação do componente vigilância epidemiológica segundo estrutura, processo e produto.	64
Quadro 15	Pontuação do componente prevenção nas dimensões estrutura, processo e produto.	66
Quadro 16	Pontuação do componente assistência farmacêutica por estrutura, processo e produto.	67
Quadro 17	Pontuação do componente gestão nas dimensões estrutura, processo e produto.	68
Quadro 18	Grau de implantação do PEL por componente no Município de Manaus.	70
Quadro 19	Pontuação do componente vigilância epidemiológica nas dimensões de estrutura, processo e produto das unidades.	73
Quadro 20	Distribuição dos pacientes segundo opinião da Atenção e Respeito dos Funcionários.	74
Quadro 21	Distribuição dos pacientes segundo atendimento pelo mesmo médico.	75
Quadro 22	Distribuição dos pacientes segundo opinião sobre a facilidade em remarcar consultas quando não comparecem na data agendada.	75
Quadro 23	Pontuação do componente assistência nas dimensões de estrutura processo e produto das unidades.	77
Quadro 24	Sumário da pontuação do componente AF nas dimensões	78

	de estrutura, processo e produto das unidades.	
Quadro 25	Pontuação do componente gestão nas dimensões de estrutura, processo e produto das unidades.	79
Quadro 26	Sumário da Pontuação do Componente Gestão das Unidades.	79
Quadro 27	Classificação do grau de implantação das Unidades Estudadas	80
Quadro 28	Distribuição dos médicos, segundo sexo, formação e tempo de formado.	81
Quadro 29	Distribuição dos médicos, segundo inclusão da hanseníase como hipótese diagnóstica e a dificuldade em diagnosticar a hanseníase	82
Quadro 30	Formação dos médicos relacionada à dificuldade em diagnosticar a hanseníase.	83
Quadro 31	Incentivo à participação em eventos relacionado ao controle da hanseníase.	83

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Prevalência da hanseníase por Região do Brasil no período de 1990 a 2000	6
Tabela 2	Prevalência da hanseníase nos Estados Amazônicos no período de 1990 a 2000	7
Tabela 3	Coefficiente de detecção da hanseníase por Regionais do Estado do Amazonas	27
Tabela 4	Percentual dos casos detectados segundo o grau de incapacidade no Amazonas, 1993 a 2001.	28
Tabela 5	Unidades com ações do PEL no Estado, capital e interior, 2001 e 2002	34
Tabela 6	Casos de hanseníase notificados no Amazonas e em Manaus, 1993 a 2002.	35
Tabela 7	Casos de hanseníase notificados no Amazonas e em Manaus, 1993 a 2002.	36
Tabela 8	Distribuição dos casos notificados por sexo em Manaus, 2002	37
Tabela 9	Distribuição dos casos notificados por faixa etária em Manaus, 2002.	37
Tabela 10	Frequência dos casos em, segundo a forma de entrada no programa, Manaus, 2002.	38
Tabela 11	Distribuição dos casos de hanseníase segundo modo de detecção, Manaus, 2002.	38
Tabela 12	Distribuição dos casos notificados de hanseníase por forma clínica, Manaus, 2002.	39
Tabela 13	Frequência dos casos segundo grau de incapacidade avaliada no início do tratamento	39
Tabela 14	Distribuição dos casos notificados segundo resultado da baciloscopia, Mana 2002.	40
Tabela 15	Frequência dos casos por terapêutica inicial adotada, Manaus, 2002	40
Tabela 16	Distribuição dos usuários cadastrados no PEL entrevistados nas unidades, segundo faixa etária.	84
Tabela 17	Distribuição dos usuários entrevistados, segundo o valor gasto com transpor para deslocamento até a unidade.	85
Tabela 18	Distribuição dos pacientes, segundo suas opiniões, sobre disponibilidade de assento enquanto aguardam atendimento, Manaus, 2002.	85

Tabela 19	Distribuição dos pacientes, segundo suas opiniões se recebem água	86
Tabela 20	Distribuição dos pacientes segundo opinião da Atenção e Respeito dos Funcionários.	86
Tabela 21	Distribuição dos pacientes segundo atendimento pelo mesmo médico.	86
Tabela 22	Distribuição dos pacientes segundo opinião sobre a facilidade em remarcar consultas quando não comparecem na data agendada.	87
Tabela 23	Distribuição dos pacientes segundo opinião quanto melhora da saúde após tratamento	87
Tabela 24	Distribuição dos usuários segundo opinião se recebeu informações sobre a Hanseníase.	87
Tabela 25	Quantidades de Prontuários Examinadas por Unidade Estudada.	88

Dedicado à

minha mãe e meu pai pelo que sou;

meu esposo pelo apoio e compreensão;

minhas irmãs, pela ajuda nos momentos difíceis.

AGRADECIMENTOS

À Deus por sua permissão e bondade, sem ele nada somos. Agradeço também a todos que contribuíram direta ou indiretamente para realização deste trabalho.

Destacamos:

A minha orientadora Elizabeth Moreira dos Santos pela sua orientação segura.

Aos professores e Coordenadores do Curso Interinstitucional de Saúde Pública da Amazônia Ocidental.

Aos funcionários e pesquisadores do Centro de Pesquisa Leônidas & Maria Deane, em especial Luciano, Alice, Ellen, Levino e Elsia.

Aos colegas e alunos da Escola de Enfermagem de Manaus, em especial aos professores David Lopes Neto, Nair Chase da Silva, Maria das Dôres de Jesus Machado, Inocência de Araújo Bastos e alunos Deive Rose de Souza Cândido, Joelma de Fátima Pacheco, Luana Amaral Alpirez, Maria Rosária Venâncio e José Ricardo Ferreira da Fonseca.

Aos colegas do Mestrado pelo período de convivência.

Aos funcionários da ENSP/Departamento Samuel Pessoa em especial: Carla, Evandro, Cristiano e José Amâncio.

Ao Secretário Municipal de Saúde: Helder Cavalcante e funcionários.

Diretora Presidente da Fundação Alfredo da Matta, Maria Graça Cunha e funcionários em especial, Emilia, Valderiza e Meg.

A Evenilda, coordenadora municipal do PEL e sua equipe.

Aos diretores e funcionários das Unidades estudadas.

SUMÁRIO

RESUMO	i
ABSTRACT	ii
LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS	iii
LISTA DE QUADROS, TABELA E FIGURAS	iv
INTRODUÇÃO	01
CAPITULO I – A SITUAÇÃO DA HANSENIASE NO BRASIL	05
1.1 Breve histórico das ações de controle da hanseníase no Brasil	08
1.2 Contextualizando o controle da hanseníase no SUS.	14
1.3 Normas e diretrizes do Ministério da Saúde para o PEL	16
1.4 Meta de eliminação da hanseníase	22
CAPITULO II – A HANSENÍASE NO ESTADO DO AMAZONAS E EM MANAUS	25
2.1. Ações de controle da hanseníase no Amazonas	25
2.2. A organização do Programa de Controle da Hanseníase no Amazonas	31
2.3. A hanseníase no município de Manaus	34
CAPITULO III – PRESSUPOSTOS TEORICOS E METODOLOGIA	42
3.1 Objetivos	42
3.2 Descrição	43
3.3 Modelo Lógico do Programa de Eliminação da Hanseníase	46
3.4 Seleção dos casos: critérios de inclusão e exclusão	49
3.5 Instrumentos da pesquisa	50
3.6 Coleta e análise dos dados	52
3.7 Limites do estudo	59

CAPITULO IV – RESULTADOS E DISCUSSÃO	60
4.1 Ações de controle e eliminação da hanseníase em Manaus	60
4.2 Grau de implantação do PEL em Manaus	64
4.3 Ações de eliminação da hanseníase implantadas nas unidades básicas estudadas	71
4.3.1 Descrição das unidades	71
4.4. Qualidade das ações de eliminação da hanseníase	81
4.4.1. Qualidade das ações de eliminação da hanseníase considerando-se o perfil dos médicos em relação a treinamentos e capacitações.	81
4.4.2 Qualidade da assistência na opinião dos usuários	84
4.4.3 Presença das informações requeridas pelo programa nos prontuários dos pacientes	88
CONCLUSÃO	91
RECOMENDAÇÕES	93
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	95
ANEXOS	99

INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença infecciosa crônica transmitida de pessoa para pessoa através do contato íntimo e prolongado com doentes das formas contagiantes (virchowiana ou dimorfa) sem tratamento. A infecção é causada por uma bactéria denominada *Mycobacterium leprae* que tem predileção pelos nervos periféricos, as mucosas e a pele (Talhari, 1992).

A hanseníase é uma doença muito antiga, com uma terrível imagem na história e na humanidade, esteve presente no Velho Mundo e desde a Antigüidade tem sido considerada uma doença contagiosa, mutilante e incurável, provocando rejeição e discriminação do doente e sua exclusão social uma vez que durante muito tempo os doentes eram confinados e tratados em leprosários (Brasil, 2001, c).

Atualmente a doença não existe nos países europeus. Noordeen (1985) cita alguns estudos que, associam a hanseníase às condições de vida, o que pode explicar o seu desaparecimento, nesses países após a Revolução Industrial na Europa, quando as condições de vida melhoraram, posto que a taxa de prevalência declinou-se muito antes da descoberta e introdução de qualquer tratamento medicamentoso.

Nos países subdesenvolvidos a falta de tecnologia e manejo adequado para resolver problemas de saúde, aliados aos fatores econômicos e sociais tais como desemprego, exclusão social, moradia precária, alto índice de analfabetismo e o preconceito, contribui para o aumento da incidência desta doença, além de outras, tais como malária e tuberculose (Brasil, 1989).

Sabroza *et al* (1992) citam em seu estudo uma articulação existente entre as doenças transmissíveis e o modelo de desenvolvimento econômico capitalista que desloca grupos de trabalhadores considerados marginalizados da produção para o circuito econômico espacial inferior, em que diferentes ciclos zóoticos estão estabelecidos. Assim também, a intensificação da mobilidade intra-urbana e urbana rural aumenta a taxa de contatos sociais e, portanto, a taxa de reprodução dos parasitos, facilitando a transmissão das doenças principalmente as de transmissão respiratória e sexual.

Outras causas que colaboram no aparecimento de doenças transmissíveis citadas pelos mesmos autores são: a aglomeração e a promiscuidade no interior das habitações e a precariedade dos locais de trabalho, posto que favoreçam as condições para que a transmissão de agentes infecciosos ocorra.

A evolução tecnológica e as descobertas científicas disponíveis ainda não venceram agravos tão antigos da humanidade como a hanseníase, que continua sendo um sério problema

de saúde pública nos países considerados de terceiro mundo. A distribuição dos casos atinge populações de países em desenvolvimento na Ásia, África e América (Pereira, 1999).

A hanseníase continua causando temor na população e na grande maioria dos profissionais de saúde. O estigma, na maioria das vezes, atrasa o diagnóstico e o tratamento do doente mantendo os focos de infecção da doença. Uma das tentativas para amenizar essa rejeição foi à substituição do termo “lepra” por hanseníase em nosso país no ano de 1970, que teve como propósito combater o forte estigma causado pelo termo lepra. Desde então ficou proibida a utilização do termo “lepra” nos documentos oficiais brasileiros. Apesar dessa medida, o controle da hanseníase ainda encontra diversas barreiras causadas pelo preconceito em relação à doença, o que é demonstrado nas pesquisas sobre representação social. No trabalho de Miranda (1999), os relatos e depoimentos de alguns portadores de hanseníase, ex-assilados e pacientes em tratamento ambulatorial demonstram um grande sentimento de exclusão em relação aos não portadores da doença.

O primeiro tratamento da hanseníase foi à base de óleo de chulmoogra usado no século XIX, mas, após ter sido prescrito por Mouat em 1854, que descreveu o tratamento de um caso de hanseníase com sucesso, passou a ser recomendado na forma oral e tópica. A sulfonamida foi descoberta em 1930, utilizada como primeiro ensaio terapêutico no tratamento da hanseníase em 1941 (Talhari & Neves).

O tratamento era demorado dificultando o acompanhamento do doente e tornando-se cada vez mais menos efetivo, pois os bacilos começaram a desenvolver resistência ao medicamento. Assim, em 1981, a Organização Mundial de Saúde (OMS) criou grupos de estudo para realizar pesquisas sobre a quimioterapia para a hanseníase, cujo relatório final recomendou a adoção de outras drogas, incluindo a rifampicina e a clofazimina, além de manter a dapsona. Esse esquema foi denominado de Poliquimioterapia (PQT) que significa a utilização de mais de duas drogas no tratamento da hanseníase.

Este esquema terapêutico foi gradativamente implantado nos países endêmicos. No Brasil, sua adoção iniciou-se em 1982 nos Estados do Rio de Janeiro e Amazonas, através dos Centros de Referência para tratamento do portador de hanseníase. No ano de 1991 o Brasil adotou o esquema da PQT/OMS como terapêutica oficial para tratamento da hanseníase em todo território nacional e reorganizou as ações de controle da hanseníase.

A utilização da PQT em larga escala modificou o perfil da hanseníase nos países endêmicos, fez com que houvesse uma significativa queda das taxas de prevalência, causando importantes mudanças na situação epidemiológica da hanseníase a nível mundial. Mais de 8 milhões de portadores de hanseníase foram considerados curados (Brasil, 2001c).

No Brasil, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, houve a implantação de novas estratégias para promoção da saúde, prevenção dos agravos, tratamento e reabilitação, mesmo porque a municipalização das ações e serviços exige emprego de novos métodos de avaliação para subsidiar a redefinição de diretrizes e estratégias para a efetivação do atual sistema de saúde (Moreira, 2002).

A Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/2001) recomenda que ações de controle da hanseníase devam ser constantemente avaliadas para que se alcance a meta de eliminação e a qualidade das ações. A avaliação, que deve ser realizada pelos três níveis de governo, encontra-se em fase de construção metodológica e conceitual. A avaliação da qualidade da atenção pelos gestores deve envolver tanto a implementação de indicadores objetivos baseados em critérios técnicos, como a adoção de instrumentos de avaliação da satisfação dos usuários do sistema, que considerem a acessibilidade, a integralidade da atenção, a resolutividade e a qualidade dos serviços prestados.

A avaliação dos resultados da atenção e do impacto na saúde deve envolver o acompanhamento dos resultados alcançados em função dos objetivos, indicadores e metas apontados nos planos de saúde, voltados para a melhoria do nível de saúde da população.

O modelo de avaliação na área de controle da hanseníase para a análise do impacto das ações foi durante muito tempo pautado nos indicadores epidemiológicos e operacionais que permitiam determinar a tendência secular da endemia, sua magnitude e transcendência, mas insignificante para analisar qualidade das atividades desenvolvidas pela rede de saúde dos municípios (Moreira, 2002).

Vários autores reconhecem que esse modelo de avaliação não é suficiente para dar respostas sobre o processo e resultados de intervenções que vêm sendo assumidas nacionalmente para eliminar a hanseníase. Portanto, é importante ampliar esse modelo de avaliação realizando pesquisas que contribuam para o equacionamento desse grave problema de saúde pública. Sabroza *et al* (2000) sugerem quatro eixos como linhas de pesquisas operacionais no âmbito da vigilância em saúde da hanseníase no Brasil: integralidade e qualidade da assistência, sustentabilidade e regulação.

O interesse em realizar a análise da implantação do Programa de Eliminação da Hanseníase (PEL) em Manaus está ligado à necessidade de se investigar até que ponto as ações de controle dessa endemia estão de fato implantadas nas unidades da rede básica de saúde e se essas ações estão integradas na atenção básica conforme as diretrizes da NOAS/ 2001.

O estudo visa contribuir no planejamento de estratégias para efetivação do processo de descentralização das ações de controle da hanseníase em Manaus. Vale ressaltar que a pesquisa com abordagem no domínio temático da eliminação da hanseníase é ampliada, envolvendo a

participação dos vários atores, entre os quais: gerentes do PEL, profissionais e pacientes, cujo olhar está no detalhamento de experiências, bem ou mal sucedidas, e na integração das atividades de eliminação da hanseníase na atenção básica.

Trata-se de uma pesquisa avaliativa de análise de implantação e está assim organizada: no Capítulo I, aborda-se a hanseníase como uma doença antiga, mas que continua presente em alguns países em desenvolvimento, a situação da doença no Brasil, histórico das ações de controle, contextualização do controle da doença no SUS, as diretrizes nacionais do PEL e sua implantação nas unidades de atenção básica e a meta de eliminação. No Capítulo II, contextualiza-se a doença no Estado do Amazonas incluindo o histórico das ações de controle da hanseníase, o processo de descentralização dessas ações para a gestão municipal de Manaus e o perfil epidemiológico da doença neste município que concentra a metade dos casos de hanseníase do Estado. No Capítulo III, aborda-se a metodologia do estudo e seus objetivos; a hipótese, o referencial teórico de avaliação de programas e o desenho do estudo. No Capítulo IV, descrevem-se a implantação do PEL no município, as ações implantadas nas unidades estudadas e a qualidade da assistência prestada ao portador de hanseníase considerando-se o perfil dos profissionais, a opinião dos usuários e pacientes e a qualidade dos registros.

Concluiu-se este estudo destacando-se os principais resultados encontrados e recomendando-se medidas que visem à efetiva implantação das ações de eliminação da hanseníase no município de Manaus.

CAPÍTULO I - SITUAÇÃO DA HANSENÍASE NO BRASIL

A introdução da hanseníase no Brasil provavelmente ocorreu após a vinda dos portugueses na época do seu descobrimento e início da colonização. Nos registros históricos de Souza-Araújo (1956) encontra-se transcrita a seguinte comunicação enviada ao Congresso de Leprologistas, em Berlim no ano de 1897.

“Sabe-se que esta moléstia não existia entre os aborígenes, como ainda não existe entre seus descendentes que vivem arredados do convívio da civilização. Nos documentos legados pelos primeiros viajantes e escritores que se ocuparam deste país, não consta que tenha sido observada entre os colonos que para aqui imigraram, logo depois de sua descoberta (Souza-Araujo, 1956, p 67)”.

Entretanto, não se sabe a época exata que a hanseníase chegou ao Brasil. Os primeiros casos foram registrados em 1600, no Rio de Janeiro, onde anos depois foi construído o primeiro “hospital dos lázaros”. Outros casos foram identificados na Bahia, Pernambuco, Maranhão, Minas Gerais e São Paulo, acompanhando o processo de ocupação.

Existe a possibilidade de que a hanseníase tenha chegado ao Brasil devido à estratégia das autoridades portuguesas em controlar a doença em seu país, conforme a transcrição do já referido documento de Souza-Araújo (1956; p. 67):

“É impossível saber hoje, como veremos adiante em que época exata começou a aparecer os primeiros casos, que alguns atribuem a imigração de africanos por ocasião do tráfico da escravidão; outros, porém, fazem-na derivar dos nossos primeiros colonizadores, os portugueses, com tanto mais probabilidade, quando já no século XVI grassava com tal intensidade no continente português, principalmente na sua parte meridional e no arquipélago dos Açores, que o governo vio-se obrigado a tomar medidas especiaes para proteger a parte sã da população contra o contagio. Nestas condições é muito plausível acreditar que, tendo de providenciar contra o flagello que arruinava grande parte de sua população, facilitassem aos doentes a imigração para o Brasil, uma das colônias.. ao passo que os africanos eram alliciados entre homens válidos e vigorosos, capazes de supportar os rudes trabalhos da escravidão”.

Atualmente o Brasil encontra-se no segundo lugar em número absolutos de casos e está incluído entre os países de alta endemicidade da hanseníase segundo os parâmetros da OMS que define como área hiperendêmica aquela que apresenta a taxa de prevalência maior ou igual a 20,0/10.000 habitantes; alta endemicidade a taxa de 20,0/10.000 habitantes; a média a taxa de 5,0 a 1,0/10.000 habitantes; baixa endemicidade a taxa <1,0/10.000 habitantes.

A partir de 1991, a OMS trabalhou com a meta de eliminação da hanseníase até o ano 2000. Entende-se por eliminação, a redução para taxas inferiores a 1,0/10.000 habitantes (Talhari & Neves, 1997).

A taxa de prevalência registrada para 2000 foi de 4,68/10.000 habitantes. A distribuição dos casos ocorre de forma desigual no país, uma vez que a maior taxa de prevalência nesse ano foi a do Estado do Mato Grosso, com 27,70/10.000 e a menor no Estado do Rio Grande do Sul com 0,4/10.000 habitantes.

Segundo Andrade (1996), até 1998, para se monitorar a tendência da hanseníase e planejar estratégias de controle utilizavam-se os indicadores operacionais e epidemiológicos, mas devido à agregação dos dados, não era possível distinguir as diferenças regionais e nem identificar a “área de maior risco”. As diretrizes eram elaboradas de forma uniforme para todo o país gerando distorções nas eventuais singularidades e potencialidades locais na execução das atividades.

No período de 1990 a 2000, a doença teve um declínio na prevalência dos casos em todas as regiões brasileiras conforme mostra a tabela 1.

Tabela 1 - Prevalência de Hanseníase por Regiões, 1990 a 2000

Anos	Regiões				
	Norte	Nordeste	C. Oeste	Sudeste	Sul
1990	43.254	53.222	36.885	113.940	28.032
1991	39.421	51.626	29.597	100.097	29.325
1992	34.416	47.776	30.366	88.058	28.159
1993	28.656	40.938	27.896	76.145	23.954
1994	26.187	23.356	21.531	57.376	15.936
1995	24.939	38.037	18.170	48.100	8.662
1996	21.747	30.539	14.235	31.886	7.113
1997	18.089	26.754	13.202	22.920	6.772
1998	16.588	25.267	11.473	13.490	5.401
1999	15.103	28.316	15.571	20.251	3.939
2000	10.034	28.267	6.230	20.814	3.564

Fonte: Organização Pan-Americana de Saúde, acesso em 20.10.03.

Analisando-se a tabela, observa-se que esse declínio tem ocorrido a cada ano, mas não de forma homogênea nas várias regiões do país. Na região Norte o declínio foi constante; já na região Nordeste houve declínio entre 1990 a 1994, mas em 1995 houve aumento no registro dos casos, voltando a declinar entre 1996 e 1998 e novamente com aumento em 1999. Na região Centro-Oeste ocorreu um declínio constante a partir de 1992 até 1998. No Sudeste em 1999 também ocorreu o declínio até 1998 e um aumento do número de casos em 1999 e novamente o declínio em 2000. E na região Sul houve declínio constante no número de casos durante todo o período. Segundo Andrade & Velloso (2002), em 1998, com o programa “Avança Brasil” implementou-se algumas ações preventivas e de promoção da saúde, norteando o trabalho do Ministério da Saúde. Dentre essas ações ampliou-se o atendimento aos

portadores de hanseníase. O que pode explicar esse fenômeno do aumento dos casos em 1999, nas regiões Nordeste, Centro-Oeste e Sudeste.

Segundo Andrade (1996), até 1998, para se monitorar a tendência da hanseníase e planejar estratégias de controle utilizavam-se os indicadores operacionais e epidemiológicos, mas devido a devido à agregação dos dados, não era possível distinguir as diferenças regionais e nem identificar a “área de maior risco”. As diretrizes eram elaboradas de forma uniforme para todo o país gerando distorções nas eventuais singularidades e potencialidades locais na execução das atividades.

Segundo o MS a Amazônia Legal concentra 35% dos casos em tratamento. A tabela 2 mostra a prevalência de hanseníase nos Estados da Amazônia brasileira, dos quais fazem parte, o Acre, Amapá, Amazonas, Pará, Maranhão Rondônia, Roraima e Tocantins.

Tabela 2 - Prevalência de Hanseníase nos Estados Amazônicos no Período de 1990 a 2000.

Anos	Estados Amazônicos								
	Ac	Ap	Am	Ma	Pa	Ro	Rr	To	Mt
1990	4.192	1.232	18.589	18.763	15.717	3.459	588	2.936	12.554
1991	1.606	722	16.520	19.807	14.258	3.940	639	1.737	6.853
1992	1.367	721	11.115	21.167	13.452	4.415	531	2.815	10.857
1993	1.215	561	8.825	15.625	11.165	4.515	-	2.375	9.803
1994	832	541	7.564	16.331	10.375	3.691	-	3.184	7.936
1995	755	415	7.565	14.026	10.086	2.809	428	2.781	6.783
1996	705	504	7.446	9.514	8.763	2.357	310	1.660	5.297
1997	703	394	4.280	7.747	8.763	1.762	418	1.659	4.443
1998	549	394	3.220	8.640	8.854	1.540	404	1.662	3.801
1999	548	272	2.892	9.213	7.730	1.588	411	1.662	4.649
2000	289	271	2.739	8.660	4.850	1.496	389	-	4.672

Fonte: OPAS (acesso na Internet em 20/10/2003)

Observa-se que no Acre o registro de casos manteve-se em declínio durante todo o período. Verifica-se que os Estados do Amazonas, Pará e Maranhão concentram a maioria dos casos. Observa-se ainda que a partir de 1992, o Estado do Amazonas vem diminuindo acentuadamente a prevalência de casos a cada ano. No Estado do Pará o declínio foi menos acentuado, mas acentuando-se em 2000, comparando com os anos anteriores. No Estado do Maranhão houve um aumento dos casos em 1991, 1992 e 1994. O declínio mais acentuado ocorreu em 1997.

Comparando-se a evolução da prevalência da hanseníase no Brasil no período de 1990 a 2000 com base nas tabelas 1 e 2, percebe-se o franco declínio do número de casos nas cinco regiões e nos Estados Amazônicos. Segundo Talhari & Neves (1997), o declínio do número de

casos no Brasil, foi em consequência da eficácia do tratamento com a PQT/OMS e a reorganização dos programas de controle da hanseníase. Mas apesar disso, a doença, na maioria dos estados brasileiros ainda é preocupante, quase todas as unidades federadas apresentam taxas de prevalência superiores a 1/10.000 habitantes. Somente o Estado do Rio Grande do Sul atingiu a meta de eliminação.

1.1 Breve histórico das ações de controle da hanseníase no Brasil

Esse resgate histórico foi construído com base nos seguintes autores: Claro (1995), Andrade (1996), Queiroz & Puntel (1997), Moreira (1997) e Pereira (1999).

Segundo Claro (1995), até a descoberta do bacilo, que ocorreu em 1873 por Gerhard Henrik Armauer Hansen na Noruega, a principal medida de controle era o afastamento do doente do convívio social. Essa medida de controle passou a ter respaldo científico a partir da realização da 1ª Conferência Internacional de Lepra realizada em Berlim em 1897, que propôs o isolamento compulsório. A Conferência recomendou ainda a notificação obrigatória e a vigilância dos suspeitos. As conferências seguintes mantiveram as mesmas recomendações de afastamento, incluindo o afastamento de doentes que exerciam profissões nas quais mantinham contato direto com o público e a separação dos seus filhos a partir do nascimento, quando estes eram recolhidos em abrigos denominados de preventórios especiais.

No Brasil, em 1916, Emilio Ribas proferiu uma conferência sobre a situação da hanseníase no Estado de São Paulo, expondo onze medidas profiláticas no controle da hanseníase e manteve as mesmas recomendações da Conferência de Berlim.

Conforme Pereira (1999), o período compreendido entre 1912 e 1920 foi uma fase intermediária na história da hanseníase no Brasil. Com o reconhecimento do problema por autoridades sanitárias, como Emilio Ribas, Oswaldo Cruz e Alfredo da Matta, oficializando-se o isolamento compulsório no Brasil. Em 1920, com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública e instituída a Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas, constituindo o primeiro órgão destinado para o controle da hanseníase, que iniciou a realização dos censos referentes aos casos da doença nos Estados endêmicos.

No Brasil, desde o século XVII, foram construídos abrigos e hospitais nas cidades onde havia maior quantidade de doentes. A partir da década de 20, do século XIX já se admitia o isolamento seletivo para os casos contagiosos, para indigentes e o isolamento domiciliar para os outros casos.

A partir de 1929, foi adotado oficialmente o tratamento domiciliar através da Inspetoria de Lepra, para os pacientes em condições de cumprir o isolamento na própria residência, sob a

responsabilidade de um médico e uma enfermeira de saúde pública que administravam o tratamento.

Em 1930, com a criação do Ministério da Educação e Saúde no governo Vargas e do Departamento de Saúde Pública onde se localizou a Inspetoria de Profilaxia da Lepra, iniciou-se nova fase nas ações de controle da lepra, o Governo Federal concedeu autonomia financeira a esse serviço para captação de recursos financeiros a serem utilizados no combate da doença.

Mas em 1934 foi extinta a Inspetoria de Profilaxia da Lepra e a responsabilidade do controle da doença foi transferida aos Estados. Em 1935, através de um plano mais abrangente, as ações foram estendidas aos familiares dos pacientes, com apoio das Ligas de Caridade.

A partir de 1935, o poder público federal passou a assumir a lepra como um problema nacional com investimentos para construção de modernos leprosários em todos os Estados e a reforma dos já existentes. Aos Estados coube a responsabilidade de ceder os terrenos e organizar as ações em seu território aos quais foram estendidas aos familiares dos doentes.

Em 1943, com os novos conhecimentos e a ampla utilização da sulfona, o tratamento passou a ser ambulatorial nos denominados dispensários de Lepra e, pela primeira vez desenvolveu-se um modelo de vigilância epidemiológica. Em 1956, surge uma radical mudança nos métodos profiláticos usados até então, iniciando-se uma nova linha de orientação baseada na descentralização do atendimento dos casos de lepra com o aumento da cobertura populacional.

Para gerenciar o programa foi criada em 1959, a Campanha Nacional da Lepra, que expandiu a rede de dispensários, mobilizando a comunidade científica. O país foi estratificado em cinco áreas, cada uma composta de um ou mais setores; cada setor foi formado por certo número de grupos de trabalho; cada grupo, por sua vez, compunha-se de certo número de unidades médicas ou sanitárias. A lógica do trabalho era buscar a cura da hanseníase através das seguintes medidas: 1) descentralização do atendimento com o aumento da cobertura populacional; 2) a estratificação do país, baseada em critérios epidemiológicos e operacionais; 3) a identificação nos registros de casos dos falecidos, ausentes, e curados para exclusão do registro ativo de casos e 4) educação sanitária (Andrade, 1996).

Segundo a mesma autora, no final dos anos 50, com a utilização intensificada da sulfona (DDS) e o tratamento ambulatorial, o isolamento passou a ser desaconselhado internacionalmente, indicando uma mudança do atendimento especializado, que deveria sair dos dispensários para a rede geral de serviços. Somente no final da década seguinte, esse pensamento canalizou-se para o modelo médico sanitário de atendimento, inspirado na racionalidade técnica e idéia de elaboração do planejamento em saúde.

Em 1960, a OMS publicou o primeiro Guia para Controle da Lepra, que estabelecia as normas e diretrizes para a execução da Campanha contra a Lepra, cujo principal objetivo era tornar não infecciosos os casos abertos, quebrando a cadeia de transmissão. Para o alcance desse objetivo foram propostas as seguintes medidas: a) descobrimento precoce dos casos; b) tratamento regular de todos os casos registrados; c) proteção dos contatos; d) reabilitação dos pacientes curados para sua reintegração na sociedade (Moreira, 1997).

Em 1962, foram estabelecidas no Brasil as Normas Técnicas Especiais para o Combate à Lepra com ações abrangendo, além do controle dos casos, o tratamento específico, atividades de educação em saúde, assistência social, reabilitação profissional e reintegração social. Estas normas trazem como inovação à prevenção das deformidades e tratamento por método cirúrgico para os pacientes com incapacidades e deformidades físicas. Determina ainda a realização de pesquisa sobre a doença, os ensaios clínicos em centros de referência, a realização de inquéritos para busca de casos, capacitação de recursos humanos de todas as categorias profissionais envolvidas na assistência aos portadores de lepra, emprego de testes lepromínicos e a promoção de aprendizagem profissional aos portadores da doença (Andrade, 1996).

Em 1975, o Serviço Nacional de Lepra foi substituído pela Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária (DNDS), que publicou no ano seguinte, instruções normativas descentralizando as atividades do programa de controle da hanseníase.

A partir de 1977, foi recomendada a não utilização do termo “lepra”, e sim sua substituição pela palavra hanseníase. Os termos “lepra” e “leproso” foram proibidos nos documentos oficiais.

Objetivando prevenir o surgimento de casos resistentes à sulfona, a OMS criou grupos de estudos para realizar pesquisas sobre a quimioterapia da hanseníase, cujo relatório final recomendou a adoção de outras drogas, incluindo a rifampicina e a clofazimina, além de manter a dapsona. Esse esquema foi denominado de Poliquimioterapia (PQT) que significa a utilização de mais de duas drogas no tratamento da hanseníase e foi implantado em nosso país inicialmente nos estados do Rio de Janeiro no Hospital Estadual de Curupaiti, e no Amazonas no Instituto Alfredo da Matta.

O então Programa de Controle da Hanseníase teve como marco importante o ano de 1985, quando se processou intensa avaliação da situação e a elaboração de recomendações que vêm sendo executadas desde então. Dentre elas destacam-se: a descentralização das ações para toda a rede de saúde, capacitação de recursos humanos em todos os níveis, a criação e ampliação de Centros de Referência. Em 1990, o Ministério da Saúde altera a denominação de

Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária (DNDS) para Coordenação Nacional de Dermatologia Sanitária (Andrade, 1996).

A adoção do esquema PQT/OMS como tratamento oficial e utilizado em larga escala no mundo fez com que houvesse uma significativa queda das taxas de prevalência em vários países endêmicos, causando importantes mudanças na situação epidemiológica da hanseníase. Aproximadamente 9,8 milhões de pacientes foram considerados curados, a taxa de prevalência caiu em 85% no mundo e a duração do tratamento foi reduzida de acordo com a forma clínica da doença.

No ano de 1991, o Brasil adotou a PQT/OMS como terapêutica oficial para tratamento da hanseníase em todo território nacional, o que permitiu a redução do período de tratamento levando a uma diminuição do índice de abandono e maior resolutividade do Programa de Controle da Hanseníase. O MS iniciou treinamentos nas áreas de gerência, planejamento, organização e avaliação do programa de hanseníase para 150 técnicos através do programa de capacitação de recursos humanos conforme proposto pela OMS. Os conteúdos eram essencialmente estruturados em formato flexível onde o participante aprendia as diretrizes de seu próprio país. A proposta foi aplicada no Brasil e em 1992, iniciou-se o programa de treinamento para todos os níveis de atenção.

A necessidade de se conhecer a prevalência real dos casos e redimensionar a cobertura da PQT fez com que a Coordenação Nacional de Dermatologia Sanitária (CNDS) elaborasse um projeto de supervisão direta aos estados através de cinco consultores em colaboração com o Ministério da Saúde e OMS. Com base na perspectiva da existência de um tratamento de ampla aceitação por parte dos pacientes e com duração de tratamento definido e uma reduzida taxa de recaída, se propõe uma estratégia de integração do programa nos serviços gerais de saúde.

Para viabilizar essa integração, os países membros da OMS comprometeram-se, em sua 44ª Assembléia realizada em 1991, a promover o uso de todas as medidas de controle para eliminação da doença como problema de saúde pública no mundo até o ano 2000. Assim, esperava-se que todos os países endêmicos alcançassem o coeficiente de prevalência de menos de um doente por 10.000 habitantes. Foi elaborado mais uma estratégia de controle o já citado PEL, com o objetivo de eliminar globalmente a hanseníase. A condição essencial para o alcance dessa meta é o aumento da cobertura de PQT/OMS com maior oferta de serviços de saúde, que deve ocorrer com o processo de descentralização do tratamento da hanseníase (Andrade, 1996).

Nesse contexto, o Brasil elaborou o PEL para ser executado no período de 1995 a 2000, com as seguintes prioridades: 1) detecção intensiva dos casos; 2) vigilância epidemiológica; 3) prevenção das incapacidades e o tratamento com PQT/OMS.

A partir de 1997 foi desenvolvida a Campanha para a Eliminação da Hanseníase com várias estratégias tais como: divulgação através dos meios de comunicação nos 27 estados do Brasil; ações de intensificação de diagnóstico em 21 estados selecionados de acordo com os indicadores epidemiológicos e operacionais. Todas as atividades contaram com a participação e apoio de um grupo de importantes movimentos sociais (sindicatos, escoteiros, MORHAN) do país que entre outras atividades, realizaram ações de educação em saúde entre a população.

Todavia apesar dos esforços empregados, o Brasil não atingiu a meta proposta pela 44ª Assembléia Mundial da OMS devido: a alta detecção de casos; alta prevalência em muitos municípios; manutenção da complexidade do diagnóstico; centralização do poder decisório e baixa cobertura dos serviços de diagnóstico e tratamento.

No ano de 1998, foi realizada em Havana (Cuba) uma reunião técnica da OPAS/OMS sobre consulta para eliminação da hanseníase como problema de saúde pública. Participaram desta reunião 18 especialistas procedentes do Brasil, Cuba, Equador, México Uruguai, Venezuela, que debateram aspectos relacionados às estratégias para a eliminação da hanseníase como problema de saúde pública nas Américas. Em novembro, o Brasil deu um passo decisivo para a concretização dessa estratégia durante o XIV Congresso Nacional de Secretários Municipais de Saúde, quando foi aprovada a Carta de Goiânia. Onde foi estabelecido o compromisso das autoridades municipais com as estratégias para acelerar o processo e alcançar a eliminação da hanseníase no Brasil, até o ano 2000. Esse prazo foi prorrogado para 2005, sendo que para o Brasil alcançar essa meta há necessidade de que todos os Estados e Municípios brasileiros conheçam sua situação epidemiológica e definam as ações prioritárias de acordo com cada situação.

Em novembro de 2001, o governo brasileiro lançou o Plano de Mobilização para Intensificação das Ações para a eliminação da hanseníase, centrada em seis eixos: 1) mobilização técnica, política e social em torno dessa meta; 2) descentralização das ações e mudança no modelo de atenção com reorganização dos serviços; 4) ampliação e qualificação da rede de laboratório e diagnóstico; 5) garantia de assistência farmacêutica, com distribuição descentralizada e acompanhamento dos estoques; e 6) capacitação de recursos humanos.

Destaca-se que, após a implantação da PQT/OMS, hanseníase passou a ser uma doença de fácil tratamento e com possibilidade de cura do doente. Entretanto é necessário dar continuidade ao processo de descentralização das atividades preconizadas pelo MS e trazer essas ações para o mais próximo possível do domicílio do doente. Portanto, o tratamento dos

pacientes deve ser realizado em todas as unidades básicas de saúde, conforme o princípio da integralidade.

Quadro 1 - Síntese dos principais eventos históricos relacionados ao controle da hanseníase no Brasil

Datas	Eventos	Critério institucional
1912	Início do isolamento compulsório	Medida oficial de controle
1920	Criação do Departamento Nacional de Saúde Pública – DNSP	Organização das atividades sanitárias.
1929	Permitido o isolamento domiciliar com acompanhamento de uma equipe para realizar o tratamento no domicílio	Inspetoria da Lepra
1930	Autonomia financeira ao Serviço de Profilaxia da Lepra	Criação de impostos para captar recursos
1932	Plano Nacional de Profilaxia da Lepra	Elaborado por Souza Araújo
1934	Extinto a Inspetoria de Profilaxia da Lepra	Descentralização dos serviços para os estados
1935	Governo assumiu a lepra como problema nacional Ações estendidas aos familiares dos pacientes	Investimento público na construção e reformas de leprosários
1941	Surgimento da Sulfona	Internação seletiva
1959	Criação da Campanha Nacional da Lepra	Lei 3.543 de 11/02/1959
1960	Publicação do Guia para o Controle da Lepra	Organização Mundial de Saúde
1962	Estabelecidas as Normas Técnicas Especiais para o combate a Lepra no Brasil	Ministério da Saúde
1975	Substituição do Serviço Nacional de Lepra pela Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária	Descentralização das atividades para os Estados
1977	Substituição do termo lepra por hanseníase	Proibição do termo lepra nos documentos oficiais
1982	Introdução de esquema PQT/OMS	Nos Estados do Rio de Janeiro e Amazonas
1985	Criação e ampliação dos Centros de Referência	Ministério da Saúde
1991	Adoção da padronização do esquema PQT recomendação da OMS	Compromisso do OMS em eliminar a hanseníase
2000	Meta de eliminação da hanseníase	Prazo firmado entre os países e OMS
2001	Lançamento do Plano de Mobilização para intensificação das Ações para eliminação da hanseníase.	Com a participação do M.S, CONASEMS e OPAS.
2005	Prorrogação para alcance da meta de eliminação da hanseníase	Compromisso firmado pela OMS em dez países endêmicos

1.2. Contextualizando o controle da hanseníase no SUS

Antes da promulgação da Constituição de 1988, o acesso às ações públicas de saúde era marcado pela imensa exclusão e reprodução das desigualdades sociais e caracterizado por um padrão institucional dual que distinguia e separava “Saúde Pública e Medicina Previdenciária”. Ao Ministério da Saúde estavam vinculadas às instituições responsáveis pelo controle das endemias, ações de vigilância epidemiológica e sanitária, sendo o mesmo, responsável pelas ações de Saúde Pública. A assistência médico-hospitalar era disponibilizada, no âmbito do setor público apenas aos segurados do sistema Previdenciário Social, integrados ao mercado formal de trabalho. Em 1975, com a regulamentação do Sistema Nacional de Saúde, consagrou-se a divisão entre ações de alcance coletivo, com caráter sanitário e preventivo mantido sob a responsabilidade do MS e ações individuais, com caráter curativo a cargo do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) (Brasil, 2002 b).

O processo de redemocratização do País, na década de 80, ampliou a capacidade de organização popular e a emergência de novos atores sociais, aumentou a demanda sobre o Estado e desencadeou um forte movimento social pela universalização do acesso a saúde e seu reconhecimento como direito universal e dever do Estado. Essa mobilização social ficou conhecida com Movimento da Reforma Sanitária, onde reuniu vários atores diversificados em uma luta política pelo reconhecimento da saúde como direito social pela universalização do acesso aos serviços de saúde e pela integralidade da atenção.

A realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, reuniu pela primeira vez, vários representantes sociais de todo o país, resultou na ampla legitimação dos princípios e doutrinas do Movimento da Reforma Sanitária. O fortalecimento político do movimento trouxe como conquista a incorporação dos princípios da Reforma Sanitária ao texto constitucional de 1988, que determinou o direito à saúde e responsabilizando o Estado na provisão de ações e serviços necessários à garantia desse direito.

Para assegurar o direito universal aos serviços de saúde foi criado o Sistema Único de Saúde, totalmente público, descentralizado, integrado pelas três esferas de governo, federal, estadual e municipal. Portanto os três níveis de poder são responsáveis em oferecer as condições necessárias para a garantia do acesso aos serviços de saúde a todo o cidadão brasileiro, sendo que o município passou a ser o responsável pela organização dos serviços de saúde na sua base territorial.

O SUS é um sistema de saúde regionalizado e hierarquizado. Integra o conjunto das ações de saúde da União, Estados e Municípios, onde cada parte cumpre suas funções dentro

dos limites das competências específicas, porém articuladas entre si, o que caracteriza os níveis de gestão do SUS nas três esferas governamentais (Brasil, 2002b).

Criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei 8.080 e pela Lei 8.142 de 1990, que trata da participação da comunidade na gestão do Sistema e das transferências governamentais de recursos financeiros. Essas leis ficaram conhecidas como Leis Orgânicas da Saúde (LOS).

A legislação do SUS representa um grande avanço na organização dos serviços de saúde, definem o direito universal à saúde, a descentralização, a municipalização e os princípios de equidade, integralidade e controle social que fazem parte do novo modelo assistencial, onde o direito a saúde é um dever do Estado e direito do cidadão brasileiro.

Em 1992 com o objetivo de estruturar a política de saúde no Brasil entra em vigor a Norma Operacional Básica – SUS, instrumento legal que determina as normas e procedimentos reguladores do princípio de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, bem como estabelecem os mecanismos de financiamentos das ações de saúde para as esferas estaduais e municipais.

Nesse modelo de descentralização, a alocação dos recursos financeiros específicos para custeio das ações dentro da atenção básica leva em conta o número de habitantes dos municípios denominado de Piso de Atenção Básica (PAB). Entretanto, a NOB/92 foi insuficiente para regular o processo de descentralização da esfera central para Estados e Municípios, assim em 2001 foi editada a NOAS/2001.

Essas Normas Operacionais são elaboradas e aprovadas pela Comissão Intergestores Tripartite, ou seja, é a operacionalização dos preceitos da legislação que regem o Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesse novo contexto houve necessidade de se regulamentar também as ações de controle das doenças transmissíveis e assim, é editada Portaria Ministerial 1399/GM/1999, para descentralizar as ações de controle das doenças endêmicas no Brasil para Estados e Municípios.

Essa Portaria, em seu Artigo 22, recomenda às Secretarias Estaduais e Municipais organizarem estruturas específicas capazes de realizar todas as atividades sob sua responsabilidade de forma integrada, evitando a separação entre vigilância epidemiológica, vigilância ambiental em saúde e operações de controle de doenças. Preferencialmente, recomenda que esta estrutura tenha autonomia administrativa orçamentária e financeira para gestão de recursos e seja integrada aos sistemas estaduais e municipais de saúde. A referida Portaria recomenda a integração da rede assistencial, conveniada e contratada pelo SUS, para prevenção e controle de doenças e a incorporação dos Programas de Agentes Comunitários

(PACS) e Programa Saúde da Família (PSF). Desta forma, as ações de vigilância, prevenção e controle de doenças, as atividades dos Laboratórios Centrais – LACEM e da rede conveniada ou contratada pelo SUS deveriam ser integradas aqueles programas e ações de epidemiologia e controle de doenças.

Dentro do quadro de doenças transmissíveis, que a citada Portaria se refere, tem-se a hanseníase, uma doença de notificação compulsória, que coloca o Brasil no segundo lugar em número absoluto de casos no *ranking* mundial.

A inclusão das atividades de eliminação da hanseníase nas demais ações da Atenção Básica contribuiu para o acesso da população aos procedimentos de diagnóstico, tratamento e envolvimento de profissionais generalistas na assistência aos portadores de hanseníase.

As discussões sobre o processo de descentralização das ações de controle da hanseníase para os municípios iniciaram-se em 1985, por ocasião da reestruturação do sistema de saúde. As estratégias elaboradas com o objetivo de aumentar a cobertura e melhorar a atenção ao portador de hanseníase, a partir da implantação da PQT, tinham na descentralização das ações o eixo principal para o alcance desses objetivos.

A descentralização das ações faz com que mais serviços de saúde sejam habilitados a diagnosticar e tratar diminuindo assim, as demandas reprimidas, facilitando o acesso dos pacientes, portanto aumentando a capacidade do serviço para detecção de casos ocultos. Em 1998, houve um avanço considerável no processo de descentralização, onde estados e municípios estavam se habilitando ao novo modelo de gestão adequando-se às normas da descentralização do SUS.

1.3. Normas e diretrizes do Programa de Controle da Hanseníase

O Ministério da Saúde define como caso de hanseníase: “a pessoa que apresenta uma ou mais das seguintes características: lesão (ões) de pele com alteração de sensibilidade; acometimento de nervo (os) com espessamento neural e baciloscopia positiva” (MS, 2002 a).

O diagnóstico é realizado através do exame físico com avaliação dermatoneurológica. O tratamento do doente de hanseníase é realizado através dos esquemas de PQT/OMS que promovem a cura em períodos relativamente curtos e em regime ambulatorial e ser realizado nos postos e centros de saúde da rede básica, não havendo necessidade de equipamentos sofisticados para o desenvolvimento das atividades de controle da doença.

O MS, para efeito de notificação no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) pelas unidades de saúde, adotou a Classificação Madrid proposta em 1948, que

classifica as formas de acordo com a manifestação clínica. Segundo essa classificação, a doença pode manifestar-se clinicamente em quatro formas, sendo elas: indeterminada, tuberculoíde, virchowiana e dimorfa.

A forma indeterminada (HI) é considerada a forma inicial da doença incipiente, caracteriza-se clinicamente por manchas hipocrômicas, únicas ou múltiplas de limites imprecisos e com alteração de sensibilidade. Pode ocorrer somente alteração da sensibilidade térmica com preservação da dolorosa e tátil, sem evidências de lesão nervoso troncular. A baciloscopia é geralmente negativa, mas pode revelar a presença de pequeno número de bacilos. Segundo Talhari & Neves (1997) a duração da fase inicial é em média de 1 a 5 anos a evolução natural, sem tratamento, será para os tipos Tuberculoíde, virchowiana ou dimorfa dependendo do grau de defesa imunológica do doente.

O teste que indica a resistência orgânica do doente é denominado de Mitsuda cujo resultado pode ser positivo (induração acima de três mm) ou negativo (induração com menos de três mm).

A forma tuberculoíde (HT) – surge a partir da HI não tratada, nos pacientes com boa resistência a doença. Caracteriza-se por lesões em placa na pele com bordas bem delimitadas, eritematosas ou por manchas hipocrômicas nítidas e definidas. Apresenta queda de pêlos e alteração da sensibilidade térmica dolorosa e tátil. As lesões da pele se apresentam em número reduzido. O comprometimento de troncos nervosos ocorre geralmente de forma assimétrica e algumas vezes é a única manifestação clínica da doença. A baciloscopia é negativa e o teste de resistência (Mitsuda) é positivo.

A forma virchowiana (VH) – apresenta numerosas lesões cutâneas que podem se apresentar como infiltração eritematosa difusa, mácula eritematosa, lesões papulosas, tuberosas e nodulares. As lesões são anestésicas, ausência de sudorese, infiltração intensa e difusa na face e nos pavilhões auriculares com perda de cílios e supercílios (madarose) que resulta no aspecto denominado de “fácies leonina”. Constitui uma doença sistêmica com manifestações viscerais importantes principalmente nos episódios reacionais, afetando olhos, testículos, rins, mucosa nasal e outras estruturas. Os quadros reacionais graves, quando não tratados adequadamente podem levar o paciente a morte.

A forma dimorfa ou borderline – oscila entre as manifestações da forma tuberculoíde e virchowiana. O doente pode apresentar lesões de pele, bem delimitadas, sem ou com raros bacilos ou/e lesões infiltrativas mal delimitadas, com número elevado de bacilos. Uma mesma lesão pode apresentar borda interna nítida e externa difusa. O comprometimento neurológico troncular e os episódios reacionais são frequentes, podendo causar incapacidades e

deformidades físicas. A baciloscopia pode ser positiva ou negativa e o teste de Mitsuda é geralmente negativo.

O MS adotou classificação operacional proposta pela OMS para facilitar as atividades do programa com relação à adoção do esquema de tratamento. Essa classificação baseia-se na identificação dos sinais e sintomas. Os casos são classificados da seguinte forma:

Paucibacilares (PB): pessoas que apresentam até cinco lesões de pele.

Multibacilares (MB): pessoas com mais de cinco lesões de pele.

Segundo essa classificação operacional do MS, as formas indeterminada e tuberculoide são classificadas como paucibacilares as formas virchowiana e dimorfa como multibacilar.

O esquema do tratamento dos casos paucibacilares é de seis doses mensais que pode durar de seis a nove meses são utilizadas as seguintes drogas: Rifampicina com dose mensal de 600 mg supervisionada e dapsona com uma dose mensal de 100 mg e uma dose diária auto-administrada.

O esquema de tratamento dos casos multibacilares é de doze doses mensais com a duração de doze a dezoito meses, utilizando-se a combinação das drogas: rifampicina, dapsona e clorofazimina; a rifampicina com dose mensal supervisionada de 600mg; a clofazimina em dose mensal supervisionada de 300mg e dapsona uma dose mensal de 100mg supervisionada, além de uma dose diária de 50 mg auto-administrada.

O critério para alta obedece às normas do programa e depende da classificação operacional: 1) paucibacilar: seis doses em até nove meses; 2) multibacilar: 12 doses mensais até 18 meses.

O paciente que completar o esquema preconizado deixa de ser considerado um caso de hanseníase, mesmo que apresente seqüelas ou reações. A alta estatística é dada aos doentes paucibacilares que permanecerem no registro ativo por pelo menos dois anos a contar da data do início do tratamento e aos multibacilares que abandonaram o tratamento e tenham permanecido no registro ativo por pelo menos quatro anos a contar da data do início do tratamento.

Segundo o Ministério da Saúde (MS, 2002 a), a vigilância epidemiológica em hanseníase é realizada através de um conjunto de atividades que fornecem informações sobre a doença e seu comportamento epidemiológico, com a finalidade de recomendar, executar e avaliar o controle da doença com o objetivo de interromper a cadeia de transmissão.

A vigilância epidemiológica da hanseníase compreende as seguintes atividades: a) investigação epidemiológica do caso a partir do diagnóstico; b) vigilância dos contatos intradomiciliares; c) vacinação BCG dos contatos; d) notificação do caso; e) acompanhamento. A operacionalização eficiente da vigilância epidemiológica é fundamental para manter o

fornecimento de informações fidedignas e o seu fluxo adequado entre os vários níveis do sistema de saúde. Portanto manter um sistema de informação efetivo e ágil, para subsidiar o planejamento das atividades de controle da hanseníase, devendo cada unidade de saúde manter um sistema de informação organizado com o fluxo das informações definido, atribuições das responsabilidades, prazo e periodicidade.

Assim as mesmas devem manter um arquivo para o agendamento mensal dos pacientes de hanseníase. Esse arquivo deve ser organizado com os cartões de aprazamento de consultas de acordo com o dia do mês, o que facilita a identificação dos pacientes a serem atendidos, ajudando na identificação diária dos pacientes faltosos, em abandono e os aptos para alta estatística (MS, 2001 c).

As informações ajudam no acompanhamento dos casos em tratamento e do comportamento epidemiológico da doença. Essa avaliação é realizada através da construção dos indicadores que o Ministério da Saúde adota: indicadores epidemiológicos e indicadores operacionais.

A Portaria Ministerial N ° 816, de 26 de julho de 2000, definiu os seguintes objetivos para as ações de controle da hanseníase: a) redução da morbidade expressa pela incidência e prevalência da doença; e b) redução dos danos causados pela doença expressos pela gravidade das incapacidades físicas, psíquicas e sociais.

A Portaria determina que as ações devam ser orientadas para:

1. Ações que visem à detecção dos casos através de: atendimento da demanda espontânea, com prioridade para os sintomáticos dermatoneurológico; busca ativa, com ênfase na vigilância dos contatos e com a população.

2. Tratamento integral dos casos compreendendo: a) quimioterapia específica em regime ambulatorial visando a cura do doente e a interrupção da transmissão; b) diagnóstico e tratamento das intercorrências e/ou complicações, durante e após o tratamento, inclusive em regime hospitalar quando indicado; c) prevenção e recuperação de incapacidades físicas, psíquicas e sociais, durante e após o tratamento específico, readaptação profissional e inserção social do doente e de seus familiares, quando necessário.

A referida Portaria determina ainda que as estratégias para o controle e eliminação da hanseníase devam envolver:

1. Desenvolvimento de recursos humanos, mediante: a) apoio à capacitação de pessoal da rede do SUS; b) promoção da articulação ensino-serviço, com adequação dos currículos com conteúdos sobre hanseníase dos cursos de educação básica, profissionalizante e graduação das áreas biomédicas e humanas; c) apoio à realização de cursos de atualização e outros

treinamentos para o pessoal de todos os níveis de atenção à saúde; e d) apoio a seminários, ciclos de conferências e atividades similares destinadas à atualização do pessoal de saúde em geral.

2. Apoio às ações de educação em saúde, compreendendo a intensificação das práticas educativas nos serviços de saúde com participação dos usuários e da comunidade.

3. Incentivo à pesquisa com ênfase naquelas de caráter epidemiológico, operacional, aspectos psíquicos, sociais e educacionais, que subsidiem as ações de controle da hanseníase, mediante a incorporação de novas tecnologias e estratégias de controle.

4. Desenvolvimento de atividades gerenciais, compreendendo: a) ratificação dos princípios do SUS em todos os níveis com ênfase no processo de municipalização; b) implementação e/ou implantação das ações de controle e de eliminação na rede do SUS, de modo a proporcionar a cobertura adequada em todo território nacional; c) definição de instâncias de gerenciamento da área técnica de dermatologia sanitária, nas quais devem estar inseridas as ações de controle e eliminação da hanseníase no nível nacional, estadual e municipal e articulação com as interfaces setoriais e coordenação das parcerias governamentais e não governamentais; d) fornecimento através do Ministério da Saúde para as Secretarias Estaduais e a distribuição aos municípios dos medicamentos específicos e imunobiológicos; e) atuação junto ao Conselho Nacional, Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, nas comissões Intergestores Tripartite e Bipartite, com vistas à inclusão das ações de controle nos planos estaduais e municipais.

5. Funcionamento do Sistema de Informação em Hanseníase com: a) notificação compulsória de casos de hanseníase em todo território nacional, segundo as normas do Sistema de Informação e Agravos de Notificação - SINAN estabelecidas na Portaria nº 4052/GM/MS de 23 de dezembro de 1998; b) utilização do SINAN para notificação dos casos, atualização de dados de acompanhamento e construção dos indicadores operacionais e epidemiológicos para o monitoramento e avaliação das ações de controle do programa a nível federal, estadual e municipal.

Segundo o MS o gerenciamento do programa de controle da hanseníase abrange diferentes níveis: federal, estadual e municipal, sendo coordenada, em nível nacional pelo Ministério da Saúde. Em nível estadual, as atividades são coordenadas pelas Secretarias Estaduais, através das Coordenações Estaduais de Hanseníase. Quanto a nível municipal, as ações de saúde ainda estão em fase de descentralização. Neste processo deve ocorrer também descentralização das ações de controle da hanseníase onde o município através das Secretarias Municipais é o responsável pelo planejamento execução e avaliação das atividades de controle da hanseníase.

O Programa de Controle da Hanseníase é operacionalizado através da implantação das atividades de controle da doença em todas as unidades de saúde da rede básica do SUS. A atenção integral ao paciente de hanseníase é garantida através da hierarquização de serviços.

Na hierarquização dos serviços de saúde, a unidade básica (atenção básica) é a porta de entrada do doente e desenvolve a maioria das atividades de controle da doença. Quando necessário, o doente é encaminhado para unidades de referência, hospitais especializados, ou hospitais gerais dos demais níveis de complexidade do SUS (atenção secundária e atenção terciária), para receber assistência necessária, garantindo a integralidade do atendimento ao doente de hanseníase.

A NOAS/2001, no seu “Anexo 1” definiu as atividades mínimas que devam ser realizadas na atenção básica, sendo as seguintes: 1) busca ativa de casos com identificação dos portadores sintomáticos entre os usuários da unidade de saúde; 2) diagnóstico clínico do caso com a realização de exames dermatológicos dos sintomáticos e seus comunicantes e classificação da sua forma clínica; 3) cadastramento dos portadores com alimentação e análise do Sistema de Informação; 4) tratamento supervisionado dos casos, com acompanhamento ambulatorial e domiciliar, avaliação dermatoneurológica, fornecimento da medicação, curativos e atendimento de intercorrências; 5) controle das incapacidades físicas com avaliação e classificação das incapacidades físicas, aplicação de técnicas simples de prevenção e tratamento de incapacidades; 6) medidas preventivas com pesquisa de comunicantes, divulgação de sinais e sintomas da hanseníase, prevenção de incapacidades físicas e atividades educativas (Brasil, 2001a).

Nas ações de vigilância epidemiológica o Programa recomenda: 1) busca ativa de casos entre os usuários; 2) notificação dos casos; 3) alimentação e análise do sistema de informação.

Nas ações de prevenção o Programa recomenda: 1) pesquisa de comunicantes; 2) divulgação de sinais e sintomas da hanseníase; 3) prevenção de incapacidades físicas e 4) atividades educativas.

O MS recomenda que as atividades educativas devam integrar todas as atividades de controle da doença e serem realizadas entre os profissionais da equipe de saúde envolvidos nas ações de controle e entre os demais profissionais da unidade de saúde, e também envolverem os doentes, seus familiares, grupos sociais e à população em geral.

Recomenda ainda a divulgação maciça dos primeiros sinais e sintomas da doença para que as pessoas procurem tratamento precocemente e diminua o medo e o estigma associado à doença.

O MS enfatiza que o tratamento do caso de hanseníase é fundamental para a estratégia de controle da doença. Com o propósito de não somente interromper a cadeia de transmissão da

doença, mas também de curar e reabilitar o doente. Esse tratamento deve ser integral, incluindo o tratamento com PQT/OMS e acompanhamento do caso visando à prevenção e o tratamento das incapacidades físicas e intercorrências que podem surgir durante o tratamento do paciente (Brasil 2001 c).

O Ministério da Saúde adota a seguinte escala para avaliação e classificação das Incapacidades Físicas:

Grau 0 – ausência de incapacidade funcional, sensibilidade protetora presente em toda superfície plantar. Exemplo: o paciente pode sentir o toque com a caneta esferográfica.

Grau 1 – perda de sensibilidade protetora na superfície plantar. O paciente não pode sentir o toque leve com a caneta esferográfica.

Grau 2 - perda de sensibilidade protetora na superfície plantar com outras complicações, tais como: úlceras tróficas e/ou lesões traumáticas, garras, pé caído, reabsorção, contratura do tornozelo.

O MS recomenda ainda que para implantação das atividades de controle de hanseníase, a unidade de saúde deve organizar-se de acordo com suas possibilidades. Esta organização deve ser planejada definindo-se as atividades que a unidade tem condições de realizar, de acordo com sua capacidade instalada e quais as atividades que terá de referenciar. Em seguida deve elaborar seu planejamento para operacionalização das atividades. É necessário ainda à capacitação dos trabalhadores que atuam na unidade básica.

1.4 Meta de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública

Em 1991, a OMS firmou acordo com os países membros na 44ª Assembléia Mundial de Saúde, para eliminar hanseníase como um problema de saúde pública até o ano 2000, ou seja, *alcançar a meta de menos de um doente para 10.000 habitantes*. Esse acordo levou nos últimos quinze anos a redução da prevalência em 85% no mundo, mas a doença continuou endêmica em 28 países. Em 1999, por ocasião da III Conferência Mundial de Eliminação da Hanseníase realizada na Costa do Marfim (África), foi fixado o ano de 2005 para o cumprimento da meta, através da Aliança Global.

A Aliança Global é formada pelos países endêmicos e organizações internacionais tais como Fundação Nippon, Federação Internacional das Associações Contra a Lepra (ILEP) e a OMS. Tem a responsabilidade de montar estratégias a nível mundial para eliminar a hanseníase até o ano 2005, mediante implementação das atividades, destinada a detectar e curar todos os casos de hanseníase ainda existentes no mundo (Moreira, 2002).

Segundo Sabroza *et al* (2000) os atuais fundamentos da Aliança Global de Estratégia Focal da OMS reconhece que somente o acesso amplo e irrestrito da população a serviços capacitados em diagnosticar, tratar e curar a hanseníase apresenta reais possibilidades de reduzir os casos e principalmente aqueles com incapacidade física. O grupo tarefa do Ministério da Saúde, organizado em 2000 e composto por representantes do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), tem a missão de articular as secretarias municipais e apoiar as negociações de descentralização da atenção com qualidade para os pacientes de hanseníase.

Desse modo, alcance da meta de eliminação da hanseníase, envolve a participação de todos os Municípios brasileiros, que devem oferecer aos seus habitantes, em todas as unidades básicas de saúde, no mínimo, as seguintes ações: diagnóstico, tratamento, distribuição do medicamento e atendimento às complicações da doença. Para isso é necessário ter profissionais capacitados para identificar os sinais e sintomas da hanseníase e médicos para diagnosticar e tratar adequadamente os doentes de hanseníase.

A OMS recomendou aos países endêmicos, em seu Plano de Ação Global elaborado em 1994, a aplicação de duas novas estratégias: *O Projeto de Ação Especial para Eliminação da Hanseníase* (com sigla em inglês SAPEL) cujos objetivos são: atender doentes residentes em áreas de difícil acesso; grupos populacionais discriminados, minorias étnicas, (nômades, povos indígenas ou doentes que nunca receberam a poliquimioterapia) e a *Campanha de Eliminação da Hanseníase* (sigla em inglês LEC) cujo objetivo principal é diagnosticar e tratar os pacientes dos países com alta endemicidade, principalmente os bacilíferos. A segunda estratégia tem um tempo limitado para sua execução e com ação pontual, devendo envolver o máximo possível de trabalhadores na cobertura de uma população relativamente alta (Moreira, 2002).

O Plano de Eliminação da Hanseníase tem os seguintes objetivos: diagnosticar todos os casos esperados; tratar com poliquimioterapia pelo menos 90% dos casos registrados; propor soluções apropriadas e adaptadas à realidade local para seguimento dos casos registrados; estabelecer um sistema de avaliação e supervisão para as ações propostas; intensificar as ações de vigilância epidemiológica e desenvolver as ações de prevenção e tratamento de incapacidades (Lana *et al*, 2002).

Segundo Andrade (1996), o MS reconhecia que a chave para eliminar a hanseníase do Brasil era expandir a cobertura oferecendo o tratamento com PQT nas unidades básicas dos municípios e para isso criou uma Força Tarefa com os participantes: o Programa Nacional de Hanseníase do próprio MS, Secretários Municipais de Saúde, OPAS/OMS, MORHAN e

peritos em hanseníase. A hanseníase passa a fazer parte das prioridades da agenda da saúde pública e inclui outros participantes criando a Aliança Nacional para Eliminação da Hanseníase. Os membros dessa aliança são: os membros do PSF do MS, os Coordenadores Estaduais do Programa Nacional, a Força Tarefa da OPS/OMS e membros da Federação Internacional das Associações Anti-hanseníase no Brasil (ILEP). A meta dessa força tarefa é contribuir e fortalecer as ações de vigilância epidemiológica, divulgar informações relacionadas ao estágio e evolução da hanseníase no país.

Eliminar a hanseníase como problema de saúde pública, significa reduzir a taxa de prevalência da doença a menos de um caso por 10.000 habitantes. É um desafio que envolve a prevenção da doença através da descoberta precoce dos casos e o tratamento de todos os doentes para sua cura, o que significa que as atividades de controle da hanseníase devem ser implantadas nas unidades básicas de saúde (Brasil, 2001 c).

CAPITULO II – SITUAÇÃO DA HANSENIASE NO AMAZONAS E EM MANAUS

2.1. A hanseníase no Estado do Amazonas

O Amazonas é o maior Estado do Brasil em extensão territorial, com uma superfície de 1.577. 820 km². Esta área corresponde à cerca de 20% do território nacional, localiza-se na região Norte e possui limites com seis outros Estados. É o único Estado brasileiro que faz fronteira com três países sul americanos, Colômbia, Peru e Venezuela. O Estado do Amazonas é constituído de 62 municípios. Tem como capital a cidade de Manaus.

A introdução da hanseníase no Estado iniciou-se com a migração a partir de 1827 pela expansão econômica do “Ciclo da borracha”, que atraiu grande quantidade de nordestinos fugindo da seca do sertão em busca de trabalho nos seringais. Estima-se que no período compreendido entre 1827 a 1932 mais de 500.000 nordestinos chegaram a Amazônia.

Nos registros históricos sobre a origem da hanseníase no Amazonas consta que em 1867 foi recolhida a primeira hanseniana que vivia numa palhoça em Urimisal local situado acima de Manaus, à margem esquerda do Rio Negro.

A exploração da borracha serviu de atrativo para a vinda dos nordestinos para a Amazônia. Segundo Ibañez (1986, p. 9) o processo de ocupação humana da Amazônia obedeceu aos caprichos da geografia da seringueira, por onde a planta existisse, estava o homem na sua exploração. A primeira região foi do Xingu, depois no Rio Tapajós e no Madeira. Subindo o Amazonas, foram procurar outros afluentes e penetrando o Purus e Juruá, chegaram ao Acre, o “verdadeiro el dourado” da borracha.

A grande seca nordestina de 1877 impulsionou novamente os nordestinos para a região, o que foi considerado um dos maiores movimentos demográficos registrados no Brasil. O fluxo migratório de pessoas continuou nos anos seguintes incentivado pela implantação de projetos de colonização e indústria. Após o declínio do ciclo da borracha, devido à queda do seu preço no comércio internacional, surgiram outros atrativos para a região que atraíram milhares de pessoas de várias regiões do país, porém, sem nenhuma ordem social que disciplinasse a ocupação da região além do aspecto econômico (Ibañez, 1986).

O Amazonas possui características que são peculiares da região Amazônica, principalmente por sua extensão geográfica, fatores ambientais e climáticos. O transporte mais utilizado é o fluvial devido sua a imensa bacia hidrográfica, mas em determinada época do ano o transporte para alguns municípios é possível somente por avião, dificultando a supervisão e a fixação de profissionais nestas áreas levando a uma alta rotatividade de recursos humanos.

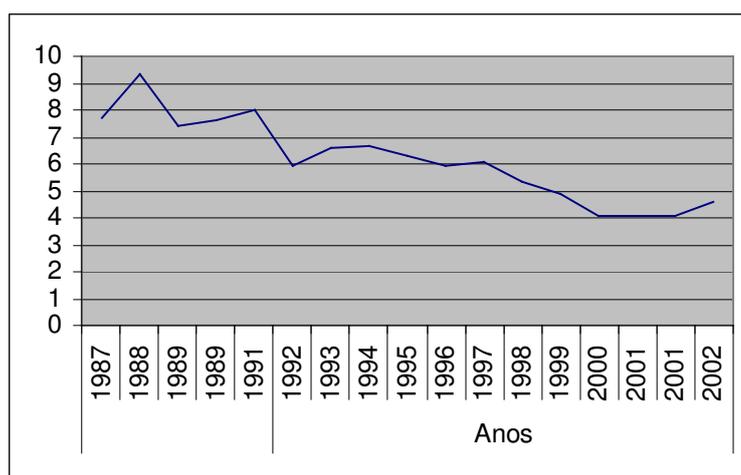
Essa alta rotatividade requer um grande empenho do poder público para manter as equipes treinadas que atuam nos municípios para a execução das ações de controle da hanseníase.

O Estado do Amazonas ocupava em 2000, oitavo lugar em coeficiente de prevalência e décimo lugar em coeficiente de detecção de casos de hanseníase. Apesar da queda do coeficiente de detecção de 1988 que era de 9,30/10.000 para 4,17/10.000 em 2001, o Amazonas ainda é considerada uma área endêmica segundo o parâmetro nacional (> 4,0/10.000) ocupando o 11º em prevalência.

O número de casos notificados no Amazonas em 2001, foi de 1.208 casos, distribuídos nos 62 municípios. Em 2002 foram registrados 1.384 casos novos. Os municípios com o maior número de casos novos foram: Manaus (com 734), Itacoatiara (63), Eirunepé (47), Parintins (41) e Humaitá (32).

O gráfico 1 apresenta a evolução do coeficiente de detecção no período de 1987 a 2002 no Estado do Amazonas. Observa-se que em 1988 houve um aumento no coeficiente de detecção de casos com um declínio em 1989 e aumento em 1991, mantendo-se em estabilidade entre 1993 a 1997 e em declínio a partir de 1997, no período de 2000 a 2001 manteve-se estável novamente, e em 2002, apresentando leve aumento. Destaca-se que a partir de 1991 o coeficiente esteve sempre em declínio comparando-se com 1988. Esse dado reflete os efeitos das ações de controle da endemia empregadas ao longo desses anos.

Gráfico 1 - Coeficiente de Detecção da Hanseníase no Estado do Amazonas, 1987 a 2002.



Fonte: Gerência de Epidemiologia da Fundação Alfredo da Matta (FUAM)

Em relação à distribuição dos casos segundo sexo em 2002, verifica-se que 829 casos foram de pessoas do sexo masculino, com percentual de 59%, o que não difere de outros estudos que mostram a predominância da doença nas pessoas do sexo masculino devido a uma maior exposição. Lana *et al* (2000) destacam que a tendência da doença em atingir um maior

número de pessoas do sexo masculino já começa a modificar-se, uma vez que a mulher atualmente tem crescente inserção no mercado de trabalho, expondo-se aos mesmos riscos que os homens.

Para facilitar o processo de descentralização das ações de controle da hanseníase no Estado do Amazonas foram criadas 11 regionais distribuindo-se os 62 municípios da seguinte forma:

1ª Regional: Manaus

2ª Regional: Castanho, Novo Airão, Iranduba, Manaquiri, Rio Preto da Eva, Presidente Figueiredo, Autazes e Careiro da Várzea;

3ª Regional: Manacapuru, Anori, Codajas, Anamã, Beruri e Caapiranga;

4ª Regional: Itacoatiara, Maués, Nova Olinda do Norte, Silves, Itapiranga, e Uricurituba;

5ª Regional: Manicoré, Borba, Humaitá, Novo Aripuanã, e Apuí;

6ª Regional: Barcelos, São Gabriel da Cachoeira e Santa Isabel do Rio Negro;

7ª Regional: Tefé, Coari, Fonte Boa, Marañ, Japurá, Juruá, Jutaí, Alvarães e Uarini;

8ª Regional: Labréa, Boca do Acre, Canutama, Pauini e Tapauá;

9ª Regional: Eurunepe, Envira, Ipixuna, Carauari, Itamarati e Guajara;

10ª Regional: Benjamin Constant, São Paulo de Olivença, Atalaia do Norte, Santo Antonio do Iça, Tabatinga, Amaturá e Tonatins;

11ª Regional: Parintins, Nhamundá, São Sebastião, do Uatuma, Boa Vista dos Ramos e Barreirinha;

A tabela 3 mostra a distribuição dos casos pelas diversas regionais do Estado no período de 1998 a 2002, observa-se que a distribuição dos coeficientes de detecção entre as regionais é heterogênea. As áreas mais endêmicas no Estado em 2002, excluindo-se a 1ª, foram a 9ª (Rio Juruá) com um Coeficiente de 11,7/10.000 habitantes, e a 5ª (Rio Madeira) com 8,2/10.000 habitantes.

Tabela 3 - Coeficiente de Detecção da Hanseníase por Regionais do Estado do Amazonas, 1998 a 2002.

Anos	Regionais										
	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª
1998	5,6	4,0	8,0	5,4	8,7	2,4	2,3	9,3	10,0	0,9	2,8
1999	5,0	5,1	6,2	6,7	10,2	2,4	3,1	3,7	7,2	3,0	2,2
2000	4,4	4,7	5,3	6,2	7,4	1,8	3,2	5,1	7,3	2,7	2,1
2001	3,6	5,8	2,7	5,2	8,2	2,1	4,2	4,1	8,7	2,6	3,1
2002	4,2	4,3	3,5	6,5	8,5	2,5	3,6	5,3	11,7	1,6	4,6

Fonte: Gerencia de Epidemiologia da FUAM

A tabela 4 mostra a frequência dos casos detectados segundo o grau de incapacidade física no período de 1993 - 2001. Observa-se uma oscilação nos percentuais dos pacientes que apresentaram grau II e III de deformidade durante todo o período. Este indicador ajuda a avaliar o diagnóstico precoce da hanseníase: quanto maior for o percentual dos casos diagnosticados com incapacidade e deformidade física; menos precocemente está se diagnosticando a doença. Observa-se um avanço no diagnóstico precoce em 2000, onde o percentual de casos diagnosticados sem deformidades ficou acima de 80%.

Tabela 4 – Frequência dos casos segundo grau de incapacidade, Amazonas, 1993 - 2001.

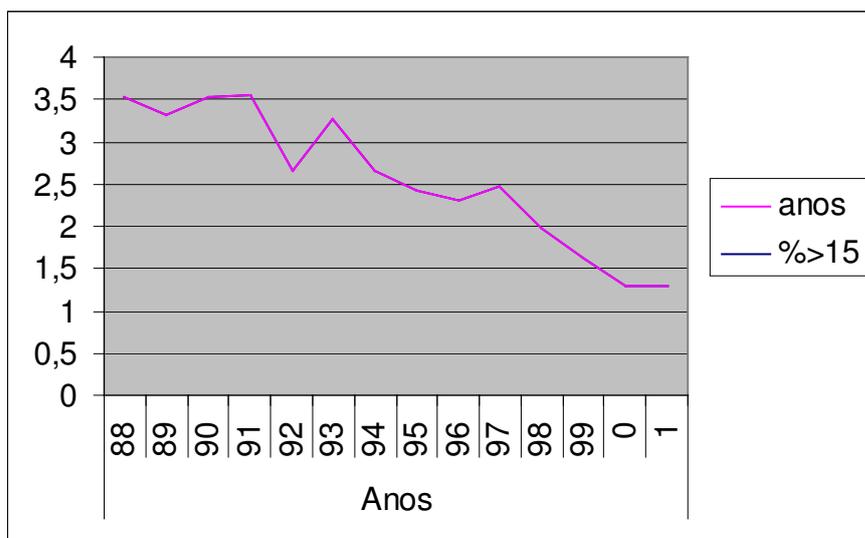
Grau de Incapacidade	Anos								
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Grau 0	79,1	74,6	78,9	79,3	78,2	74,0	78,0	82,1	78,0
Grau I	14,5	16,0	14,3	14,3	15,1	15,9	14,3	11,3	13,5
Grau II e III	5,7	9,3	6,7	6,0	6,6	9,9	7,5	6,5	8,4
Não aval/ S/ informação	3,7	11,6	1,5	1,8	2,8	1,7	1,1	1,8	2,9

Fonte: Gerencia de Epidemiologia da FUAM.

Outro indicador epidemiológico importante que avalia a tendência da endemia é o coeficiente de detecção em menores de 15 anos. O MS considera os seguintes parâmetros de endêmicidade em menores de 15 anos: hiperendêmico, igual ou acima de 1,0/10.000 habitantes; muito alto entre 1,0 a 0,5/10.000 habitantes; alto entre 0,5 a 0,3/10.000 habitantes; médio entre 0,25 a 0,05/10.000 habitantes: e baixo > de 0,05/10.000 de habitantes.

O gráfico 2, mostra a evolução para queda desse indicador dos casos registrados no Amazonas no período de 1989 a 2001, observa-se que em 1989, o coeficiente de detecção nessa faixa etária foi 3,52/10.000, caindo em 2001 para 1,29/10.000, com redução de 63,35%. Apesar dessa queda significativa, o Estado do Amazonas manteve-se como área hiperendêmica segundo os parâmetros nacionais.

Gráfico 02 – Coeficiente de Detecção em Menores de 15 anos, Amazonas, 1988-2001.



Fonte: Gerencia de Epidemiologia da FUAM

2.2. Breve histórico das ações de controle da hanseníase no Amazonas

O presente histórico foi construído com base na publicação da Superintendência de Saúde do Estado (1997) intitulada: “Instituto Alfredo da Matta” ontem e hoje: uma historia de saúde pública.

Em 1954, a Superintendência do Plano de Valorização da Amazônia (SPEVEA) destinou verbas para instalação e financiamento de “Dispensários de Lepra” para a Amazônia Legal. Em 1955 foi inaugurado o “Dispensário Alfredo da Matta”, em um prédio modesto adaptado da antiga “Casa de Transito” para a Colônia Antonio Aleixo. Até então não havia nenhum serviço ambulatorial específico para atender os casos de hanseníase no Estado. Os pacientes em situação avançada da doença eram recolhidos e internados na Santa Casa de Misericórdia de Manaus.

No começo da República, em 1891, foi criada em Manaus a Inspetoria de Higiene do Estado do Amazonas, responsável pelo controle da hanseníase e pelo saneamento das localidades e habitações.

Em 1903, o governo brasileiro contratou os serviços do sanitarista Oswaldo Cruz para realizar um levantamento dos casos das doenças transmissíveis endêmicas da Região Amazônica. Nesse mesmo ano foi construída uma casa de isolamento na localidade de Umirisal para os doentes de varíola. Devido à dificuldade em manter os portadores de hanseníase na Santa Casa de Misericórdia de Manaus, estes foram removidos para o respectivo local.

Entre 1900 a 1920 foram feitos os primeiros levantamentos estatísticos dos casos de hanseníase em Manaus. No bairro da Cachoeirinha foram registrados 131 casos, dos quais 108 masculinos e 28 femininos. Nessa época, a estimativa de casos era de 800 a 1000. Nos censos realizados em 1922 e 1923 foram detectados 1.436 casos de hanseníase no Estado.

Até o ano de 1923, o acompanhamento dos pacientes era centralizado em Manaus. Nesse ano foi inaugurado o Leprosário Belizário Pena, na localidade de Paricatuba, às margens do Rio Negro, próxima a Manaus. Em 1926, foi inaugurada a creche Alice Sales localizada no bairro da Cachoeirinha destinada ao amparo dos filhos de hansenianos, e em 1942 foram inaugurados pelo poder público o Hospital Colônia “Antônio Aleixo” e o Educandário Gustavo Capanema destinado a abrigar as crianças, filhos de hansenianos.

Em 1953, a Campanha Nacional contra a Hanseníase tomou vulto, e foi elaborado um Plano Nacional de Combate, cujas ações ainda baseavam-se no isolamento do doente. Em 28 de agosto de 1955 foi inaugurado o Dispensário Alfredo da Matta, passando o tratamento a ser ambulatorial. O trabalho desenvolvido pelo então, Dispensário “Alfredo da Matta” começou a se destacar na década de 70, quando começou o estudo para desativação do Hospital Colônia Antônio Aleixo.

Em 1975, o Serviço de Profilaxia da Lepra do Estado do Amazonas passou a ser de responsabilidade do Serviço Nacional da Lepra, Nesse período participaram das ações no interior do Estado, voluntários da *United Nations Association Service (UNAIS)*, a equipe na sua maioria era formada por enfermeiros, que atuavam nas áreas do rio Purus e Lábrea. Esse trabalho ajudou a firmar um convênio entre o então Ambulatório Alfredo da Matta e organizações não governamentais estrangeiras.

Com a desativação do Hospital Colônia Antonio Aleixo em 1979, o então Ambulatório Alfredo da Matta passou a ser reconhecido como Centro de Referência para tratamento das doenças dermatológicas e o órgão responsável pelo controle da hanseníase no Estado. A partir de então as ações de controle da hanseníase nos municípios do interior passaram a ser implementadas de maneira mais intensa.

Em 1982, foram organizados treinamentos dos agentes da extinta Superintendência de Controle da Malária (SUCAM), atualmente incorporada à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) e pelos técnicos do então Centro de Dermatologia e Venereologia do Amazonas CDTVAM. Nesse período, por recomendação da OMS, foi implantada a PQT em alguns municípios previamente selecionados.

A partir de 1997, foi implantado o projeto amazônico com o propósito de intensificar as ações em áreas de alto nível endêmico e áreas silenciosas com os objetivos específicos de: a)

incremento da cobertura com PQT/OMS nas populações de áreas de difícil acesso; b) capacitação de pessoal dos serviços de saúde dessas áreas; c) cooperação entre os países para ações de vigilância epidemiológica nas fronteiras; d) desenvolvimento de projetos especiais; e) busca de prevalência oculta em áreas “silenciosas”.

2.3. A Organização das ações de controle da hanseníase no Amazonas

A Coordenação Estadual do Programa de Controle de Hanseníase é da responsabilidade da Fundação Alfredo da Matta, que é uma instituição estadual que desde sua criação atua na área de Controle de Doenças Dermatológicas e Doenças Sexualmente Transmissíveis, com experiência técnica e administrativa e com acúmulo tecnológico nessas duas áreas.

O processo de descentralização das ações de controle da hanseníase para outras unidades de saúde de Manaus e do interior iniciou-se em 1982, devido a grande demanda de pacientes atendidos no então Centro de Dermatologia Tropical e Venereologia Alfredo da Matta (CDTVAM).

A estratégia utilizada para o alcance desse objetivo, foi treinar os médicos das unidades de saúde, mas essa primeira tentativa não logrou sucesso. Posteriormente foram realizados treinamentos para sensibilização também com poucos resultados. Além disso, foi enviado pessoal de nível médio do CDTVAM para algumas unidades selecionadas considerando-se os critérios epidemiológicos e a estrutura do Centro de Saúde.

Esses técnicos ficavam nas unidades sob a responsabilidade da direção do Centro de Saúde para desenvolverem as atividades de controle da hanseníase. Entretanto, algumas vezes, devido à falta de prioridade da unidade de saúde para com o Programa de Controle da Hanseníase, estes técnicos eram desviados para outras atividades, o que levou a Coordenação Estadual a modificar a estratégia, atrelando as atividades do técnico diretamente ao CDTVAM. Só então começaram a surgir alguns resultados da descentralização. Entretanto, era necessário envolver o profissional médico nessas ações. Assim os médicos do CDTV passaram a atender os portadores de hanseníase nas unidades da rede básica semanalmente e a intensificar a supervisão nas unidades. Mas os melhores resultados começaram a surgir a partir do envolvimento dos profissionais das próprias unidades nas atividades do Programa.

A descentralização das ações de controle da hanseníase da Fundação Alfredo da Matta (FUAM) para as unidades básicas de saúde ocorreu através da parceria com a Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA). A FUAM era responsável pelo treinamento de médicos e técnicos em dermatologia, que atuavam nas unidades. Todas as decisões acerca do Programa e as informações colhidas nas unidades eram enviadas diretamente para a FUAM, que as

organizava em banco de dados próprio e gerava os boletins epidemiológicos. Em 2002 foram cedidos para a SEMSA, três técnicos da própria FUAM a fim de assumir a Coordenação Municipal das ações de controle da hanseníase em Manaus.

A Coordenação Estadual executa as seguintes atividades: assessoria aos municípios; análise de dados; treinamentos; supervisão; ensino e pesquisa. As atividades do Programa de Controle de Hanseníase estão na Programação Pactuada Integrada e no Plano Estadual de Saúde.

A Coordenação informou conhecer o valor total do orçamento estadual da saúde dos últimos três anos e o percentual destinado ao programa de hanseníase, mas não participou da definição deste percentual, o Estado recebeu suporte financeiro do Ministério da Saúde nos últimos três anos e participou de reuniões para avaliação dos benefícios propiciados por esses recursos.

Todos os municípios do Estado do Amazonas realizam ações de diagnóstico e tratamento da hanseníase em pelo menos uma unidade, já os municípios de Itacoatiara, Parintins, Tefé e Fonte Boa já têm implantado essas ações em toda sua rede básica de saúde.

As principais estratégias para a descentralização das atividades de diagnóstico e tratamento da hanseníase são: campanhas, assessoria aos municípios, incentivos financeiros, seminários, oficinas, treinamentos e parcerias.

A Gerência Estadual adota na íntegra as normas do MS para diagnóstico, classificação clínica, tratamento e avaliação; prevenção e tratamento de incapacidades físicas; aplicação de BCG em contatos e diagnóstico, classificação e tratamento de estados reacionais.

Com relação à política de medicamentos a Coordenação Estadual adotava sua própria diretriz de distribuição, a qual era realizada de acordo com a quantidade de pacientes no registro ativo de cada unidade de saúde. Essa distribuição era controlada através do mapa de medicamentos. O controle da qualidade de medicamentos no Estado era realizado por farmacêuticos do quadro da própria FUAM.

As unidades que servem de referência para os casos de difícil diagnóstico são: Fundação de Medicina Tropical (FMT-AM), FUAM; e o Ambulatório Araújo Lima da Universidade Federal do Amazonas (UFAM). E para tratamento dos casos reacionais são as mesmas unidades já referidas bem como, para confirmar recidiva. A referência para reabilitação física em nível secundário é a FUAM.

A Coordenação do Programa tem organizado campanhas para busca de casos desde 1987, com atividades nos vários bairros de Manaus e cidades do interior. Realiza exames dermatológicos e palestras educativas com esclarecimentos sobre os sinais e sintomas da hanseníase. Os casos descobertos nessas campanhas são encaminhados para tratamento.

Segundo a Coordenação, as campanhas têm um elevado custo financeiro e o número de casos identificados nessas campanhas não justificam sua realização. Foram realizadas campanhas anuais de 1987 a 2002 e nos relatórios estão registrados números de casos diagnosticados, recuperação de pacientes faltosos e abandono de tratamento.

Em 2002 houve a participação de profissionais da Gerência Estadual em entrevistas de rádios, jornais e televisão local para dar esclarecimentos sobre a hanseníase, sendo também veiculadas mensagens sobre a doença no rádio e na TV patrocinadas pelo Governo Estadual durante uma semana.

Houve a produção de materiais educativos tais como, *slides*, cartilhas, *folders* e cartazes utilizados nas campanhas, que foram financiados em parte pela Associação Alemã de Assistência aos Hansenianos (DAHW) e com recursos do orçamento estadual.

A periodicidade da supervisão dos técnicos da Gerência Estadual aos municípios é uma vez ao ano. Para isso conta com as seguintes parcerias: Movimento de Reintegração do Hanseniano (MORHAN), Pastoral da Saúde; UFAM, Sociedade Brasileira de Dermatologistas (SBD); Correios; DAHW; UN AIS; OMS/OPAS, Fundação Nacional de Saúde (FNS) e da SEMSA.

As ações de integração da Coordenação Estadual entre o Programa e Agentes Comunitários (PACS) e Programa Saúde da Família (PSF) concretizam-se através dos treinamentos dos profissionais desses Programas. Em 2002, foram treinados 100% dos médicos lotados no PSF além de outros profissionais de nível superior. A gerência, entretanto, não conhece quais as atividades educativas relacionadas à hanseníase que foram desenvolvidas nas comunidades pelo PACS/PSF em 2002 e quantidade de módulos do PSF que realizam ações de diagnóstico e tratamento de hanseníase.

O ambulatório da FUAM ainda concentra um grande número de pacientes em tratamento, aproximadamente 70% dos casos em tratamento de Manaus. Isto é atribuído a motivos como: falta de sensibilização de alguns diretores e médicos generalistas das unidades básicas de saúde para a nova logística do tratamento da hanseníase, que deve ser realizada em todas as unidades (os profissionais continuam encaminhando os casos suspeitos para a FUAM) e a falta de informação adequada da população sobre as unidades de saúde onde o programa é oferecido.

Em relação ao Sistema de Informações, a FUAM organizou seu próprio sistema em operação desde 1988, tornando disponíveis as informações dos agravos da sua área de atuação para subsidiar o planejamento das ações. Em 2000 houve uma conversão dos dados do sistema próprio da FUAM para o Sistema de Informação de Agravos Notificáveis – SINAN.

Em 2001, dos 62 municípios do Estado do Amazonas, 98,39% tinham ações de controle da hanseníase implantadas. Do total de 715 unidades ambulatoriais (excluindo as unidades de urgência e emergência, serviços de diagnose e terapia, unidade móvel, de atenção psicossocial e outros semelhantes), 107 realizam ações de controle da hanseníase, das quais 45 na capital e 62 no interior. Dos 62 municípios amazonenses, 57 (91,93%) notificaram casos novos de hanseníase em 2001. Em Manaus do total das 45 unidades que executam ações de controle da hanseníase 22 unidades (55,55%) notificaram casos de hanseníase.

A tabela 05 representa a quantidade de unidades com ações de controle da hanseníase. Dentre as 715 unidades existentes no Estado 14,0 realiza diagnóstico e tratamento, 1,9 realiza apenas o exame dermatológico e 83,0 não realiza nenhuma atividade relacionada ao controle da hanseníase.

Tabela 05 - Unidades com ações de controle da hanseníase Estado, capital e interior, 2001.

Ações do programa	Estado		Manaus		Interior	
Total de unidades	715	100,0	263	100,0	452	100,0
Diagnostico e tratamento	107	14,0	45	17,1	62	3,7
Exames dermatológicos	14	1,9	14	5,3	0	0
Não realiza ações de controle	594	83,0	204	77,5	390	91,7

Vale destacar que antes da descentralização, apenas três unidades realizavam ações de controle e eliminação da hanseníase, no entanto, é necessário aumentar-se essa quantidade de unidades uma vez que, os dados epidemiológicos mostram a situação do Estado como endêmico e distante do alcance da meta de eliminação da hanseníase.

2.4. A hanseníase no município de Manaus

O município de Manaus tem uma superfície de 11.684 k. Está localizado na margem esquerda do Rio Negro, limita-se com os seguintes municípios: ao norte com Presidente Figueiredo; ao sul com Iranduba e Careiro da Várzea; ao leste Itacoatiara e Rio Preto da Eva e ao Oeste com Novo Airão.

A população de Manaus, segundo o censo de 2000, foi de 1.405.835 habitantes, sendo 49,0% do sexo masculino e 51,0% do sexo feminino. Do total, 99,4% residiam na área urbana, 0,6% na área rural. A distribuição da população por faixa etária é formada principalmente por jovem, uma vez que nas idades de 1 a 24 anos concentra 60 % da população de Manaus.

Manaus concentra 90% da atividade econômica do Estado. Seu potencial econômico atual concentra-se no Parque Industrial, incentivado pela Zona Franca, centrado na fabricação de produtos eletrônicos que serve de grande atrativo para a migração de pessoas sem qualificação profissional de outros Estados. O comércio é a segunda atividade econômica forte no município. Para operacionalizar as ações governamentais no município, Manaus foi dividida em seis zonas administrativas: Norte, Sul, Leste, Oeste, Centro Oeste e Centro Sul.

As zonas Leste e Norte estão em expansão, portanto com maior incremento populacional principalmente de migrantes. Ressalta-se que esse crescimento populacional não é acompanhado com ações de infra-estrutura pelo poder público.

Nos últimos 10 anos a população de Manaus tem crescido de forma acelerada, surgindo novos bairros que se originam de invasões de áreas verdes. O crescimento desordenado é propício para trazer de volta algumas doenças que estavam sob controle, como por exemplo, a malária e a dengue, além de outros problemas de saúde, derivado da carência de infra-estrutura, tais como, água potável, rede de esgoto, serviços de saúde, escolas e outros.

A hanseníase é uma doença endêmica no município de Manaus com maior número de casos nestas áreas com grande incremento populacional.

A tabela 6 mostra a distribuição dos casos de hanseníase notificados no período de 1993 a 2002, no Estado do Amazonas e no Município de Manaus. Em 1994 foi registrado o maior número de casos (1541) no Estado. Observa-se que praticamente 50% dos casos estão concentrados em Manaus que manteve certa estabilidade desde 1993. Verifica-se ainda que em 1997, o percentual de casos de Manaus foi maior (54,1 %) e em 2001 foi o menor (43,0%).

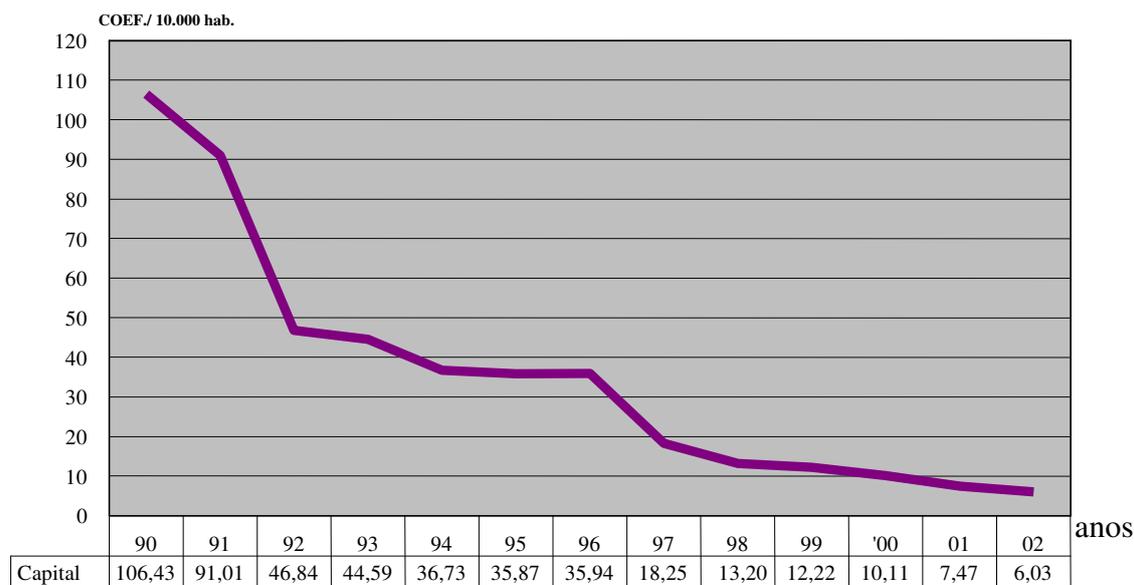
Tabela 06 - Casos notificados no Estado do Amazonas e em Manaus, 1993 a 2002

Anos	Casos Notificados		
	Amazonas	Manaus	%
1993	1479	747	50,5
1994	1541	768	49,8
1995	1464	749	51,1
1996	1426	742	52,0
1997	1502	814	54,1
1998	1339	696	52,0
1999	1279	628	49,1
2000	1174	566	48,2
2001	1208	525	43,6
2002	1384	734	53,0

Fonte: Gerencia de Epidemiologia da FUAM

O desafio de se eliminar da hanseníase como problema de saúde pública proposta pela OMS reduzindo a prevalência da doença a menos de um caso por 10,000 habitantes levou a queda da prevalência durante toda a década de 90. O gráfico 3 mostra os coeficientes de prevalência da hanseníase em Manaus de 1990 a 2002, em queda acentuada durante todo o período, mas em 2002, a prevalência ainda se mantém acima da meta de eliminação da doença.

Gráfico 3 - Coeficiente de prevalência da hanseníase em Manaus, 1990 a 2002.



Fonte: Gerencia Epidemiologia da FUAM

A tabela 7 mostra os coeficientes de detecção segundo as zonas de Manaus no período de 1998 a 2002. Observa-se que as áreas de coeficientes mais elevados 1998, eram as zonas Norte, Leste e Oeste, apresentando 6,23/10.000, 7,08/10.000 e 6,15 /10.000 respectivamente. Classificadas assim como áreas hiperendêmicas, segundo os parâmetros do MS. Em 2001 observa-se que todas as áreas apresentaram declínio, exceto a zona Leste, sendo este mais pronunciado na zona Norte. Observa-se que em 2002, as zonas Leste e Norte apresentaram mais altos coeficientes em relação às demais áreas geográficas da cidade.

Tabela 7 - Coeficiente de detecção de casos de hanseníase segundo Zonas Distritais de Manaus, 1998 a 2002

Anos	Zonas Distritais de Manaus					
	Norte	Sul	Centro Sul	Leste	Oeste	Centro Oeste
1998	6,23	5,29	3,58	7,08	6,15	4,52
1999	6,40	3,47	3,32	6,76	4,74	4,04
2000	4,04	3,72	2,89	5,89	3,83	3,79
2001	2,94	3,43	2,89	6,02	4,08	2,65
2002	4,22	3,13	2,82	5,64	4,19	2,75

Fonte: Gerencia de Epidemiologia da Fundação Alfredo da Matta - FUAM

A tabela 8 mostra a distribuição dos casos notificados em 2002, observou-se que 57%, são do sexo masculino, enquanto que 43% do sexo feminino, ou seja, mais da metade dos casos são do sexo masculino (tabela 8), entretanto não é uma diferença expressiva, mas, confirma a literatura quando diz que a hanseníase atinge mais pessoas do sexo masculino (Noordeen, 1985).

**Tabela 8 - Distribuição dos casos notificados de hanseníase por sexo
Manaus, 2002.**

Sexo	Frequência	%
feminino	319	43,0
masculino	415	57,0
Total	734	100,0

Na tabela 9, que mostra a distribuição dos casos notificados em 2002, por faixa etária, observa-se que o percentual de casos detectados em menores de 15 anos é de 5,7 %, indicando a ocorrência da transmissão intradomiciliar. Apesar da importância em se realizar o exame dermatoneurológico nos comunicantes para evitar-se a transmissão entre os contatos domiciliares, outros estudos realizados no Maranhão apontam que o número de comunicantes examinados é reduzido (Aquino, Santos & Costa, 2003)

Destaca-se que existe uma grande concentração de casos notificados nos adultos mais jovens, faixa etária de 26 a 35 anos, o que pode acarretar um agravante econômico e social. Como se sabe, essa é a população de trabalhadores ativos e devido à incapacidade física causada pela hanseníase, pode afastá-los do mercado de trabalho.

**Tabela 9 - Distribuição dos casos notificados de hanseníase por faixa etária
em Manaus, 2002.**

Faixas etárias	Frequência	%
0 - 15	42	5,7
16 - 25	96	13,1
26 - 35	170	23,2
36 - 45	115	15,7
46 - 55	108	14,7
56 - 65	34	4,6
66 mais	169	23,0
Total	734	100,0

Fonte: Gerência de Epidemiologia da FUAM

A tabela 10 apresenta a distribuição dos casos notificados em 2002, segundo a entrada do paciente no programa, verificar-se que 87% são de casos novos, ou seja, casos que foram detectados no ano de 2002. As outras formas de entrada variam entre 1,9 % a 0,4 %. Vale esclarecer que na hanseníase não se pode considerar o caso notificado como caso novo, uma vez que, por ser uma doença crônica e com o período de incubação longo, o portador às vezes não sabe informar quando surgiram os primeiros sintomas.

Tabela 10 - Frequência dos casos segundo a forma de entrada no programa, Manaus, 2002

Modo de entrada	Frequência	%
Caso novo	641	87,3
Transferência mesmo município	14	1,9
Transferência de outro município	03	0,4
Transferência de outro estado	04	0,5
Recidiva	36	4,9
Outros reingressos	36	4,9
Total	734	100,0

Fonte: Gerencia de Epidemiologia da FUAM

Modo de detecção é uma forma administrativa para se definir a origem do caso, que pode ser através de encaminhamento de outra unidade, diagnosticado na própria unidade (demanda espontânea), identificado através de campanhas, por atividades fora da unidade, exames dos contatos intradomiciliares e outras formas não especificadas.

A tabela 11 apresenta a distribuição dos casos, segundo o modo de detecção, observa-se que os pacientes da demanda espontânea alcançam 66,4%. Esse percentual pode indicar que as pessoas estão reconhecendo os sintomas da doença e procurando o serviço espontaneamente, desses 30,4 % são de encaminhamentos. A proporção dos casos entre os contatos é de 1,6% o que pode refletir que as unidades não examinam todos os contatos intradomiciliares.

Tabela 11 - Frequência dos casos de hanseníase segundo modo de detecção em Manaus, 2002.

Modo de Detecção	Frequência	%
	a	
Encaminhamentos	195	30,4
Demanda espontânea	488	66,4
Exame coletividade	31	4,8
Exame de contato	10	1,6
Outros modos	9	1,4
Ignorado	1	0,2
Total	734	100%

Fonte: Gerencia de Epidemiologia da FUAM

A tabela 12 mostra a distribuição dos casos novos segundo a forma clínica. Observa-se que o maior percentual é da forma tuberculóide com 38,4%, em seguida vem na forma dimorfa, com 36,5%, a forma indeterminada com 12,9%, a forma virchowiana com 11,6%. Essa diferença pode não ser muito significativa, entretanto, comparando-se com os estudos como de Lana *et al* (2000) na cidade de Belo Horizonte a frequência maior foi das formas virchowiana e dimorfa. No já referido estudo de Aquino, Santos & Costa (2003) no Maranhão, a forma tuberculóide foi a mais freqüente, semelhante à situação de Manaus.

Tabela 12 - Distribuição dos casos notificados de hanseníase por forma clínica. Manaus, 2002.

Forma clinica	Frequência	%
Indeterminada	95	12,9
Tuberculóide	282	38,4
Dimorfa	268	36,5
Virchowiana	85	11,6
N. classificado	4	0,5
Total	734	100,0

Fonte: Gerencia de Epidemiologia da Fundação Alfredo da Matta

A tabela 13 apresenta a distribuição dos pacientes segundo o grau de incapacidade, observa-se que 73,0% dos avaliados não apresentaram incapacidades, sendo que 17,0% desses pacientes foram diagnosticados com incapacidades no grau 1 ou 2, e 9,4% não foram avaliados. Esse dado indica a necessidade de se realizar o diagnóstico precoce e as ações de prevenção e tratamento da incapacidade física.

Tabela 13 - Frequência dos casos segundo o Grau de Incapacidade avaliada no início do tratamento. Manaus, 2002.

Avaliação	Frequência	%
G 0	538	73,3
G 1	64	8,7
G 2	62	8,5
Não avaliado	69	9,4
Total	733	100

Fonte: Gerencia de Epidemiologia da FUAM

A tabela 14 apresenta a distribuição dos casos segundo a baciloscopia. Observa-se que os casos positivos chegam a 51,5 % e os de negativos a 48,5%. Embora a diferença entre os resultados seja pequena, este é um dado importante, pois segundo Lana et al (2000) os doentes que apresentam baciloscopia positiva são considerados “fontes de infecção” podendo eliminar o bacilo no ambiente e transmitindo a doença.

Tabela 14 – Distribuição dos Casos Notificados Segundo Resultado da Baciloscopia, Manaus, 2002.

Resultado	Frequência	%
Positiva	378	51,5
Negativa	356	48,5
Total	374	100,0

Fonte: Gerência de Epidemiologia da FUAM

Quanto à distribuição dos casos segundo o esquema terapêutico de paucibacilar e multibacilar na tabela 15, observa-se o paucibacilar aponta 51,5 e o multibacilar 48,5 verifica-se que não existe uma diferença expressiva nesses dados.

Tabela 15 - Frequência dos Casos por Terapêutica inicial adotada, Manaus, 2002.

Esquema de tratamento	Frequência	Proporção
Paucibacilar	378	51,5
Multibacilar	356	48,5
Total	734	100,0

Fonte: Gerência de Epidemiologia da Fundação Alfredo da Matta

Os dados apresentados neste estudo apontam que a hanseníase em Manaus continua sendo um sério problema de saúde pública em nosso município. O coeficiente de detecção mostra que a doença não se distribui de forma homogênea na cidade, predominando nas zonas Norte, Leste e Oeste. Apesar do coeficiente se em queda, eles continuam acima da meta de eliminação. Observa-se que o grande percentual dos casos conhecidos é de demanda

espontânea, sugerindo que os serviços não vêm sendo ativos no esforço de eliminação. Para atingir-se sucesso no esforço em alcançar a meta de eliminação da doença, as ações devem envolver gestores, trabalhadores de saúde e sociedade, com uma maior intensificação das ações propostas para a eliminação da hanseníase como problema de saúde pública no Município de Manaus.

CAPITULO III - PRESUPOSTOS TEÓRICOS E METODOLOGIA DO ESTUDO

3.1. Objetivos

O objetivo geral deste estudo foi analisar o grau de implantação do Programa de Eliminação da Hanseníase na rede básica de Manaus, priorizando as ações listadas como recomendadas para eliminação da doença como problema de saúde pública.

Os objetivos específicos são: 1) Identificar a organização das ações do Programa de Eliminação da Hanseníase no Município de Manaus; 2) Identificar se o grau de implantação das ações de controle da hanseníase interfere no controle de doença; 3) Identificar o nível de articulação entre as unidades básicas e as ações do programa que devem ser realizadas por Agentes Comunitários (PAC) e equipes do Programa Saúde da Família (PSF).

Por implantação entende-se o uso apropriado e suficientemente intensivo da intervenção. O conceito de implantação refere-se à extensão da operacionalização adequada de uma intervenção (Denis & Champagne, 1997).

Para esses autores, a medição do grau de implantação de uma intervenção exige seguir vários passos: 1) especificar seus componentes; 2) identificar as práticas requeridas; 3) descrever as práticas encontradas; e 4) analisar a variação na implantação da intervenção e de seu contexto.

A intervenção em análise compreende as ações de controle da hanseníase no município de Manaus. O alvo desta avaliação é a implantação dessas ações nas unidades básicas de saúde e desenvolve-se com base na seguinte hipótese: *o grau de implantação das ações de eliminação de hanseníase varia nas diferentes unidades de saúde do município de Manaus, interferindo no controle da doença e contribuindo para níveis diferenciados de acesso, tomando como padrão à integralidade definida na NOAS de 2000.*

Portanto, esta investigação gira em torno de três questões: *As ações de eliminação da hanseníase para o alcance da meta proposta pelo PEL estão implantadas no município de Manaus? As ações de controle da hanseníase presentes nas unidades estão conforme as diretrizes nacionais? Existe qualidade nas ações oferecidas?*

O estudo é uma pesquisa avaliativa do tipo análise de implantação, foi realizado em cinco unidades de saúde da rede básica de Manaus, onde foram implantadas as ações de controle da hanseníase (quatro Centros de Saúde e um Módulo do PSF). O período estudado foi junho de 2001 a dezembro de 2002.

3.2. Descrição do estudo

A avaliação das ações em saúde está respaldada na atual legislação do SUS pela Portaria Nº 95/GM/2001 (NOAS) que em seu artigo 36 diz:

“Todos os níveis de governo devem avaliar o funcionamento do sistema de saúde no que diz respeito ao desempenho nos processos de gestão, formas de organização e modelo de atenção, tendo como eixo orientador à promoção da equidade no acesso e na locação dos recursos, e como instrumento básico para o acompanhamento e avaliação dos sistemas de saúde, o Relatório de Gestão”.

Em seu artigo 38 reza:

“A avaliação da qualidade da atenção pelos gestores deve envolver tanto a implementação de indicadores objetivos baseados em critérios técnicos, como a adoção de instrumentos de avaliação da satisfação dos usuários do sistema, que considerem a acessibilidade, a integralidade da atenção, a resolutividade e a qualidade dos serviços prestados”.

Ainda em seu artigo 39 estipula:

“A avaliação dos resultados da atenção e do impacto na saúde deve envolver o acompanhamento dos resultados alcançados em função dos objetivos, indicadores e metas apontados no plano de saúde, voltados para a melhoria do nível de saúde da população”.

Embora as recomendações legais reforcem a avaliação de resultados e de qualidade, o primeiro passo de uma avaliação é saber se as ações preconizadas ocorrem onde deveriam. A isto se acrescentam as dimensões de oportunidade, isto é, se elas ocorrem quando deveriam, na intensidade e frequência recomendadas. Neste sentido, a análise de implantação abre a caixa preta que existe entre intervenção e seus possíveis resultados (Denis & Champagne, 1997).

Avaliar como colocado na regulamentação atual, é responder perguntas que possam prestar contas à sociedade e contribuir para a melhoria das ações de controle. Assim, este estudo, antes de se voltar para resultados, busca abrir a caixa preta e tenta descrever o que se faz hoje em Manaus na sua rede de ações básicas relacionado ao controle da hanseníase. Portanto este estudo é um tipo de pesquisa avaliativa, que pode ser definida como:

“Procedimento que consiste em fazer um julgamento ex-post de uma intervenção, usando métodos científicos. Mais precisamente, trata-se de analisar a pertinência, os fundamentos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção, assim como às relações existentes entre a intervenção e o contexto no qual ela se situa, geralmente com o objetivo de ajudar na tomada de decisão” (Contandriopoulos et al, 1997, p.37).

Segundo esses autores, quando se realiza uma pesquisa avaliativa deve-se descrever detalhadamente a intervenção a ser analisada. A descrição inclui: os objetivos, os recursos disponíveis, como estão organizadas as atividades (ou serviços produzidos) e a população alvo da intervenção. O primeiro passo da avaliação é construir o modelo lógico do programa a ser avaliado. Deve-se também, analisar a relação entre os componentes a serem analisados. É necessário definir que tipo de análise de intervenção se quer fazer: se de efeitos, de produtividade, de rendimentos, ou de implantação.

Segundo os mesmos autores, avaliar consiste em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes. Este julgamento pode ser resultado de aplicação de critérios e normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa). Portanto, qualquer tipo de intervenção pode sofrer dois tipos de avaliação, isto é, quando queremos estudar cada um dos componentes da intervenção com base nas normas e critérios, temos uma avaliação normativa, quando queremos examinar a intervenção através de procedimentos científicos, trata-se de pesquisa avaliativa (Contandriopoulos *et al*, 1997).

Esses autores definem intervenção em saúde como:

“Uma intervenção é constituída pelo conjunto de meios (físicos, humanos, financeiros, simbólicos) organizados em um contexto específico em um dado momento, para produzir bens ou serviços, com o objetivo de modificar uma situação problemática”.

Agregam ainda que: *“uma intervenção é caracterizada por cinco componentes: objetivos; recursos; serviços; bens ou atividades; efeitos e contexto”*

Hartz *et al* (1997) mencionam muitas vantagens de se estudar a pertinência de uma intervenção, entre as quais, destacam-se: aumentar o conhecimento da mesma; indicar diferença entre o fracasso de um programa e a insuficiência da base teórica; fornecer informações indispensáveis aos gestores; esclarecer problemas conceituais das medidas; identificarem efeitos imprevistos e ajudar na obtenção de consenso entre os envolvidos.

As ações foco dessa análise de implantação são aquelas ações necessárias para o alcance da meta de eliminação da hanseníase definida pela OMS, que é baixar a taxa de prevalência da doença a menos de um doente por 10.000 habitantes.

Segundo Contandriopoulos *et al* (1997, p. 44)

“Análise de implantação é um tipo de pesquisa avaliativa que consiste, por um lado, em medir a influência que pode ter a variação do grau de implantação de uma intervenção nos seus efeitos e por outro, em apreciar a influência do ambiente, do contexto, nos efeitos da intervenção. Este tipo de análise é pertinente quando observamos uma grande variabilidade nos resultados obtidos por intervenções semelhantes implantadas em contexto diferente”.

Os estudiosos de avaliação de programas de saúde ressaltam que na análise de implantação é de extrema importância estudar o contexto onde a intervenção se desenvolve visto que, interfere nos resultados. Esse estudo em relação ao contexto abordará a prioridade dada às ações de controle da hanseníase nas políticas municipais de saúde, através das entrevistas realizadas com os Coordenadores (estadual e municipal) e diretores das unidades.

A pesquisa proposta é um estudo de caso, considerado o mais adequado para o alcance dos objetivos propostos dentro das possibilidades encontradas para sua realização, uma vez que:

“O estudo de caso é uma estratégia de pesquisa na qual o pesquisador decide trabalhar sobre uma quantidade muito pequena de unidades de análise. A observação é feita no interior de cada caso. A potência explicativa desta estratégia se apóia na coerência da estrutura das relações entre os componentes do caso, assim como na coerência das variações destas relações no tempo. A potência explicativa decorre, portanto, da profundidade na análise do caso e não do número de unidades” (Denis & Champagne, 1997, p 71).

Segundo Hartz e Pouvoirville (1998, p. 74),

“Os estudos de caso” que não se apóiam na abordagem experimental, mas sim na modelagem desenvolvida para descrever e medir as variáveis constituintes do objeto em estudo é fortemente recomendado para analisar a implantação de programas.

A análise de implantação de um programa visa identificar os processos envolvidos na produção dos efeitos de uma intervenção (Denis & Champagne, 1997, p. 96). Segundo Contandriopoulos *et al* (1997), avaliar o processo de uma intervenção significa saber em que medida os serviços são adequados para se atingir os resultados esperados.

Para os referidos autores, avaliar os resultados de uma intervenção consiste em investigar se os resultados observados correspondem aos esperados, ou seja, se a intervenção alcançou os objetivos que se propôs atingir.

Denis & Champagne (1997) dizem que, avaliar a implantação é indispensável para se chegar a conhecer a totalidade de uma intervenção, em relação à validade de seu conteúdo (intensidade com a qual as atividades são realizadas e sua adequação em relação às normas existentes), e quais os fatores explicativos das defasagens observadas entre a planificação e a execução das ações. Essa avaliação obriga a construir, *a priori*, a teoria do programa, especificando sua natureza (componentes e práticas) e o contexto requerido como etapas prévias aos resultados esperados.

A necessidade de se utilizar na administração pública uma gestão por resultados, avaliando-se os efeitos de suas intervenções, levou os países desenvolvidos a adotar modelos teóricos, conhecidos como Modelos Lógicos de Avaliação. A construção de um modelo teórico é a estratégia de operacionalização de um desenho de uma pesquisa científica. Este modelo

descreve teoricamente, em um quadro, a funcionalidade de um programa através de uma síntese de seus principais componentes, resume o mecanismo de funcionamento do programa através de uma seqüência de passos, unindo o processo aos resultados, levando em consideração a interação dos efeitos de seus componentes com o impacto do programa (Moreira, 2002).

O Modelo Lógico do Programa que será abordado neste caso é o Modelo Lógico do Programa de Controle e Eliminação da Hanseníase. Este modelo abrange as dimensões programáticas: 1) evitar o caso; 2) manejo do caso (evitar o óbito e seqüelas); e 3) promoção da qualidade de vida. É composto pelos seguintes componentes: vigilância epidemiológica, assistência, prevenção e gestão.

Este estudo considera como referencial teórico para construção do modelo lógico do Programa de Controle e Eliminação da Hanseníase, o estudo de Donabedian (1984), onde o autor refere que, para se fazer uma avaliação da qualidade de uma intervenção é fundamental considerar-se a estrutura, o processo e o resultado da intervenção. Vale esclarecer que embora nesse estudo não se aprofunde na análise da qualidade do programa de controle da hanseníase, trabalhou-se com seu referencial teórico para a definição de estrutura e processo e resultados.

Estrutura corresponde ao que é relativamente estável do sistema (os recursos ou insumos utilizados, ou seja, recursos financeiros, materiais e humanos). Processo é o conjunto de atividades e procedimentos empregados no manejo desses recursos.

Este estudo considera como processo das ações de controle da hanseníase na atenção básica todos os procedimentos que são preconizados pelo Ministério da Saúde para unidades básicas de saúde, tais como: busca ativa de suspeitos na demanda da unidade; diagnóstico precoce e tratamento de forma integral dos casos com PQT/OMS, tratamento das intercorrências e complicações, e reabilitação. Define-se como diagnóstico precoce em hanseníase, a descoberta da doença e início do tratamento antes do surgimento de qualquer incapacidade física e/ou deformidade.

Os resultados são as mudanças verificadas, sejam elas relacionadas ao estado de saúde dos indivíduos ou a mudança de comportamentos, conhecimentos ou ainda a satisfação do usuário dos serviços (Medina *et al*, 2000). O presente estudo limitou-se a uma análise de implantação, centrada nos produtos esperados e realizados. O resultado compreende-se as ações decorrentes das atividades do programa na população alvo. Exemplificando: As intervenções (palestras, seminários, encontros) realizadas para aumentar o nível de informação sobre a hanseníase na população, é um produto. No mesmo contexto, o aumento do número de pessoas que buscam os serviços de saúde com auto - diagnóstico é um resultado.

3.3 Modelo lógico do Programa de Eliminação da Hanseníase

O plano de aceleração da eliminação da hanseníase tem como principal objetivo, diagnosticar e curar todos os casos de hanseníase no país e levar tratamento o mais cedo possível às pessoas infectadas (MS, 2002).

Na construção do modelo lógico do Programa de Controle e Eliminação da Hanseníase estudam-se os componentes operacionais: 1) Assistencial; 2) Vigilância epidemiológica; 3) Prevenção e 4) Gestão.

O componente assistencial tem os seguintes objetivos: 1) aumentar o acesso da população aos serviços de saúde para o diagnóstico e o tratamento da hanseníase; 2) garantir e tornar disponível gratuitamente a medicação PQT/OMS em todas as unidades de saúde.

Os objetivos da vigilância epidemiológica são: 1) notificar os casos; 2) realizar e registrar o exame dermatoneurológico de todos os contatos.

Os objetivos da prevenção são: desenvolver atividades educativas junto aos profissionais e a população, visando combater estigma da doença, registrar, examinar e vacinar os contatos com BCG em uma ou duas doses.

O acesso do doente de hanseníase ao serviço de saúde leva em consideração os princípios de hierarquização e integralidade das ações de controle da hanseníase, ou seja, a unidade básica de saúde deve referenciar o paciente quando necessário para outra unidade de atenção secundária e esta para o nível terciário se necessário.

Este estudo analisa esses componentes operacionais considerando as dimensões estratégicas de estrutura, o processo e o produto do PEL.

Estrutura: instalação física, isto é, locais adequados para realizar as atividades de controle da hanseníase, recursos materiais, recursos humanos treinados nas ações de controle e o Plano de Ação local elaborado na própria unidade, com a participação dos profissionais, que serve de referência para demonstrar o nível de autonomia do gestor local.

Processo: todas as atividades realizadas pelas unidades preconizadas pelo Ministério da Saúde tais como: busca ativa de suspeitos na demanda da unidade, diagnóstico precoce, ou seja, antes do aparecimento de deformidades e incapacidades, tratamento de forma integral dos casos com PQT/OMS, tratamento das intercorrências e complicações, e reabilitação.

Produtos: No contexto deste estudo, consideram-se, como produto, as ações decorrentes das atividades do programa..

O Modelo Lógico do Programa de Eliminação da Hanseníase é apresentado no quadro 2, que transcreve as diretrizes e as atividades preconizadas.

Quadro 2 – Modelo Lógico do Programa de Controle da Hanseníase

Dimensão programática	Vigilância epidemiológica	Assistência				Prevenção
		Clínica profissional	Farmacêutica	Apoio diagnóstico	Ações de Reabilitação	
Evitar o caso (controle da transmissão)	Alimentar o Sistema de Informação Monitorar a tendência local da endemia Investigar as áreas silenciosas	Diagnóstico Precoce Exame Dermatológico na demanda das UB				Campanhas educativas Difusão nos meios de comunicação Exames, registro e vacinação BCG nos contatos não vacinados
Manejo do caso (evitar óbitos e seqüelas)	Notificação do caso Cadastros dos casos Identificar faltosos e Abandonos	Prescrição de PQT Tratamento das intercorrências, Prevenção de deformidades Referenciar os casos com deformidades Físicas	Dispensação da PQT	Unidade de Referência para biopsia e outros Exames quando necessário	Próteses Ortopédicas e inserção na comunidade	Orientação para Tratamento adequado e adesão para evitar as incapacidade físicas
Promoção da qualidade de vida	Combate ao estigma e à discriminação					

Os resultados são apresentados em quadros descritivos por componente, definindo-se estrutura, processo e produto que irão demonstrar como o programa está implantado nas unidades estudadas e qual é o nível de implantação. Portanto, respondendo as perguntas avaliativas do estudo:

1) As ações de eliminação da hanseníase para o alcance da meta proposta pelo PEL estão implantadas no município de Manaus?

2) As ações de controle implantadas nas unidades de saúde estudadas estão conforme as diretrizes nacionais?

3) Existe qualidade nas ações oferecidas?

Neste estudo, a qualidade será abordada como uma das dimensões da análise de implantação. Neste sentido, serão trabalhadas nas seguintes perspectivas: a) relacionada ao perfil e treinamento dos profissionais envolvidos nas atividades; b) satisfação e julgamento dos usuários em relação ao serviço e c) qualidade do registro em prontuários dos pacientes. Estas três perspectivas se adicionam à avaliação normativa do programa, isto é, sua implantação está ocorrendo segundo as normas do Ministério da Saúde, as quais assumidas como padrão ouro.

Este estudo considera como unidades de saúde com o Plano de Eliminação (PEL) implantado, aquelas que desenvolvem as seguintes atividades: diagnóstico clínico e/ou laboratorial; tratamento e prevenção e profissionais treinados na área de hanseníase, podendo ser, técnico de nível médio, enfermeiro ou médico clínico.

3.4. Seleção dos Casos: critérios de inclusão e exclusão.

As unidades de saúde do município de Manaus com o PEL implantado estão organizadas por nível de complexidade (básico, secundário, terciário). Este estudo avaliou duas unidades que estão incluídas na atenção básica e três unidades que servem de referência para o nível secundário.

As unidades de saúde foram selecionadas de acordo com os seguintes critérios: a) unidades básicas do nível primário com PEL; b) unidades básicas que servem de referência para o nível secundário; c) unidades básicas com um maior número de pacientes cadastrados.

Para fins de seleção das unidades de estudo considerou-se como critério de inclusão a existência de técnico de qualquer nível (médio, superior), capacitado nas ações de eliminação e pacientes cadastrados e em tratamento. E como critério de exclusão as unidades que não tenham pacientes em tratamento e não tenham profissionais treinados em hanseníase.

Os dados utilizados para seleção das unidades foram colhidos em de julho de 2002, na FUAM que coordena as ações de controle da hanseníase no Estado do Amazonas e até a fase de elaboração do projeto centralizava as informações.

A fim de facilitar o processo de seleção das unidades, relacionou-se toda unidade básica de saúde com o PEL implantado, selecionou-se àquelas unidades que realizam todas as atividades proposta para seu nível de complexidade e com o maior número de pacientes cadastrados.

O quadro 3 mostra a caracterização das cinco unidades que foram selecionadas, as mesmas estão identificadas pelas letras: A, B, C, D, e E.

Quadro 3 - Unidades selecionadas

Unidades	Características
Unidade A	Centro de Saúde com ações básicas e referência no nível secundário
Unidade B	Ambulatório de Alta Resolutividade com ações básicas e referência para nível secundário
Unidade C	Centro de Saúde - ações de saúde de nível básico
Unidade D	Centro de Saúde – ações básicas e referência para nível secundário
Unidade E	Modulo do PSF – ações básicas de saúde

3.5. Instrumentos da pesquisa

Os instrumentos utilizados neste trabalho foram adaptados do Projeto: “*Avaliação dos Programas de Controle da Malaria, Dengue, Tuberculose e Hanseníase: Estudo de casos Municipais / Estaduais na Amazônia legal*”.

Os formulários (anexos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 e 8) foram utilizados de acordo com a categoria do entrevistado. Cada um deles envolveu as seguintes informações:

1 **Gestor estadual:** dados de identificação (cargo, categoria profissional, tempo de atuação no programa), atividades da gerência, profissionais que atuam no programa, situação epidemiológica da hanseníase, condições operacionais do programa, inclusão do programa na nos planos, Estadual e Municipal; na agenda de reuniões do Conselho Municipal de Saúde; recursos financeiros destinados às ações do programa; estimativa de casos suspeitos para 2001; inclusão dos dados no SIGAB, normas técnicas do programa, cobertura, referência para tratamento de complicações, materiais educativos, estratégias para busca de faltosos, integração com PACs e PSF, treinamento de profissionais, existência de estudos sobre; representação social da hanseníase.

2 **Gestor municipal:** dados de identificação (cargo, categoria profissional, tempo de atuação no programa), atividades da gerência, profissionais que atuam no programa, situação epidemiológica da hanseníase, condições operacionais do programa, inclusão dos dados no SIGAB, normas técnicas do programa, cobertura, referência para tratamento de complicações, materiais educativos, estratégias para busca de faltosos, integração com PACs e PSF, treinamento de profissionais.

3 **Diretor de unidade:** dados da infra-estrutura, quadro de profissionais, normas técnicas; ações do programa realizadas na unidade, número de casos estimados, atividades educativas, disponibilidade de medicamentos.

4 **Profissional:** identificação do cargo, inclusão da hanseníase como hipótese diagnóstica, dificuldade para diagnosticar hanseníase, motivação para atender hanseníase, participação em atividades relacionadas ao controle da hanseníase incentivadas pelos gerentes.

5 **Paciente:** identificação, sentimentos relacionados à palavra hanseníase, tempo que leva da residência até chegar à unidade, despesas quando vai à unidade, tempo que espera para ser atendido, dificuldades para ser atendido fora do dia de consulta, se recebeu alguma vez correspondência ou visita da unidade, dificuldades em remarcar as consultas quando não compareceu na data aprazada, aspectos positivos e negativos do serviço.

6 **Equipe do PSF:** identificação do Módulo; data da implantação; quantidade de equipes lotadas; quantidade de profissionais; tempo de atuação; treinamentos dos profissionais; quantidade de domicílios adstritos e cadastrados; quantidade de famílias; quantidade de profissionais que diagnosticam e tratam hanseníase; quantidade de casos suspeitos e confirmados; tipos e quantidades de materiais educativos disponíveis no módulo.

7 **Usuário** – tempo gasto de casa até a unidade, despesas quando comparece à unidade, sentimentos relacionados à palavra hanseníase, informações recebidas relacionadas à doença.

8 **Aferição dos registros em prontuários:** dados de identificação (nome completo, data do nascimento, endereço atualizado e com referência); dados da anamnese (descrição dos sinais e sintomas, história do tratamento anterior, doença associada); tratamento (evolução terapêutica, registro do esquema terapêutico); alta (registro da alta, exame dermatoneurológico, grau de IF); e qualidade dos registros (datados, assinados, orientação individual e familiar, questões sociais e questões emocionais).

Elaborou-se um quadro para facilitar organização do processo de escolha das pessoas entrevistadas dentro as quais foram incluídos os gerentes (do programa estadual e municipal), profissionais (que realizam as atividades do programa na unidade selecionada), pacientes cadastrados no PEL e usuários que compareceram à unidade por outros motivos. Especificando os critérios e a quantidade de entrevistas por categoria (Quadro 4).

Quadro 4 - Seleção de Casos para Entrevistas com Gerentes, Profissionais e Usuários.

Categorias	Critério	Quantidade
Gerentes	Gerente municipal ou quem for indicado por este	01
	Gerente da UBS selecionada	01
Profissionais de Saúde da UBS	Médico (a) ou Enfermeiro (a) ou Técnico em Enfermagem ou Técnico em Dermatologia Sanitária	01
Equipe de PSF	Médico ou Enfermeiro	01
Pacientes cadastrados no PEL	Caso novo que faz tratamento corretamente	01
	Caso novo que não faz tratamento corretamente	01
	Caso que abandonou o tratamento	01
	Caso que reingressou o tratamento	01
	Caso maior de 65 anos	01
	Caso com outra doença associada	01
	Caso que teve alta por cura e reingressou	01
Usuário	Maior de 65 anos	01
	Responsável por menor de 15 anos	01
Total		13

Na seleção dos prontuários para análise, utilizaram-se os mesmos critérios das entrevistas com os pacientes e acrescentando-se prontuários de pacientes menores de 15 anos.

3.6. Coleta e análise dos dados

Antes de proceder-se a coleta de dados foram enviados ofícios aos gerentes das instituições envolvidas: Secretária Municipal de Saúde e Fundação Alfredo da Matta. A resposta dos ofícios enviados às duas instituições teve desfecho diferente. O secretário municipal respondeu o ofício em três dias, autorizando a realização das entrevistas e coleta de dados nas unidades selecionadas. A Direção da Fundação Alfredo da Matta nos solicitou a cópia do projeto que foi enviada para o Comitê de Ética da própria instituição para ser

analisado. Após um mês da entrega dos documentos, recebemos a resposta autorizando a coleta dos dados. As entrevistas (anexos 01 e 02) com a Gerência estadual e municipal foram realizadas em duas etapas de acordo com o tempo disponível dos entrevistados.

As entrevistas com os diretores das unidades de saúde (anexo 3) foram marcadas previamente por telefone, de acordo com a possibilidade dos entrevistados. As entrevistas com os profissionais (anexo 4) também foram marcadas previamente na primeira visita à unidade. Em relação aos pacientes cadastrados no PEL (anexo 05) e usuários (anexo 6) foram realizadas entrevistas nas várias visitas às unidades. A dificuldade do trabalho de campo foi relacionada à indisponibilidade de pacientes para realizar entrevistas na quantidade prevista no projeto, uma vez que estes comparecem às unidades somente uma vez por mês e muitas vezes nesse comparecimento não havia possibilidade de entrevistá-los. Contudo ressalta-se que os entrevistados demonstraram interesse em colaborar com a pesquisa.

Os dados colhidos nas entrevistas foram tabulados utilizando-se o Programa de Informática EPI INFO na versão 6,0.

Para classificar o grau de implantação do Programa de Eliminação da Hanseníase no município e nas unidades estudadas adotamos os valores segundo Hartz *et al* (1997) que utilizou o parâmetro proposto pela OMS (1997). Esses valores são mostrados no quadro 5.

Quadro 5 - Classificação do grau de implantação

Classificação	Pontuação	Grau de Implantação
Nível satisfatório	20,0 – 25,0	80 a 100%
Nível aceitável	17,5 – 19,7	70 a 79%
Nível insatisfatório	12,5 – 17,2	50 a 69 %
Nível crítico	< 12,0	Abaixo de 50 %

Para proceder à análise do PEL em relação às atividades realizadas pela gerência municipal elaboramos quadros descritivos do programa com os componentes operacionais de Vigilância Epidemiológica, Prevenção, Assistência Farmacêutica e Gestão, considerando-se as dimensões estratégicas de estrutura, processos e produto.

Onde cada dimensão será comparada com o que deve ser realizado e o que está sendo realizado, distribuindo os pontos conforme os itens existentes. Foram pontuados somente os itens com o *sim*.

A dimensão estrutura nos quatro componentes pode alcançar pontuação máxima de 40 pontos, que foram distribuídos entre esses componentes (Vigilância Epidemiológica, Assistência Farmacêutica, Prevenção e Gestão), ficando 10 pontos para cada componente. As

dimensões Processo e Produto esperado têm pontuação máxima de 30 pontos que também foram distribuídos entre os quatro componentes, ficando 7,5 pontos para cada componente estudado.

Essa pontuação é redistribuída entre os itens presentes nos quatro componentes: Vigilância Epidemiológica, Prevenção, Assistência Farmacêutica e Gestão. A pontuação máxima de cada componente são 25 pontos, que quando somados alcançam pontuação máxima de 100 pontos. Para facilitar o entendimento dessa distribuição elaboramos o quadro 6.

Quadro 06 - Distribuição dos pontos por dimensões e componentes.

Pontuação por Dimensão		Pontuação Distribuída por Componente			
Dimensões	Pontuação	V. E.	Prevenção	A.Farmacêutica	Gestão
Estrutura	40	10	10	10	10
Processo	30	7,5	7,5	7,5	7,5
Produto	30	7,5	7,5	7,5	7,5
Total	100	25	25	25	25

Para classificar-se o grau de implantação do PEL, elaboramos os quadros descritivos por componente, com suas respectivas pontuações máximas.

Em cada componente foram delimitados alguns itens para compor a estrutura, o processo e o produto. Esses itens foram delimitados com base no que é preconizado pelo Ministério da Saúde, e pactuados pelo município para as ações que estão sob a sua responsabilidade.

No Componente *vigilância epidemiológica* na dimensão estrutura, com os seguintes itens: 1) Recursos humanos treinados nas ações de controle de hanseníase; 2) Equipamentos de informática; 3) Fluxo de informações definido em operação; 4) Disponibilidade de transporte; 5) Mapa identificando os casos distribuídos por áreas geográficas.

Na dimensão processo, os itens foram: 1) Treinar recursos humanos; 2) Realizar supervisão dos dados epidemiológicos; 3) Estabelecer fluxo de informação; 4) Identificar áreas silenciosas, realizando a busca ativa de casos novos; 5) Monitorar a tendência da doença.

Quanto à dimensão produto esperado delimitaram-se os seguintes itens: 1) 100% dos recursos humanos treinados conforme estabelecido pelo MS; 2) 100% casos notificados em relação à estimativa de casos; 3) Fluxo de informações estabelecido segundo previsto pelo MS; 4) Identificação das áreas silenciosas; 5) Monitoramento da tendência da doença conforme previsto pelo MS. Apresentamos a seguir, o quadro 7, que representa o componente de vigilância epidemiológica nas dimensões estrutura, processo e produto os itens delimitados e as respectivas pontuações.

Quadro 7 - Pontuação do componente vigilância epidemiológica nas dimensões de estrutura, processo e produto.

Dimensões	Itens	Pontuação
Estrutura	Existência de recursos humanos treinados	2,0
	Existência de equipamentos de informática	2,0
	Existência de fluxo de informações definido e em operação	2,0
	Disponibilidade de transporte	2,0
	Mapa com a localização dos casos as por área	2,0
Subtotal		10,00
Processo	Treinar recursos humanos	1,5
	Realizar supervisão dos dados epidemiológicos	1,5
	Estabelecer o fluxo de informações dos dados epidemiológicos	1,5
	Monitorar a tendência da doença no município	1,5
	Realizar busca de casos novos em áreas silenciosas	1,5
Subtotal		7,5
Produto	100% dos recursos humanos treinados	1,5
	100 % dos casos novos notificados em relação à estimativa de casos	1,5
	Fluxo de Informação dos dados epidemiológicos estabelecido	1,5
	Tendência da doença monitorada	1,5
	Áreas silenciosas identificadas	1,5
Subtotal		7,5
Total geral		25,00

No componente *prevenção* na dimensão de estrutura delimitaram-se os seguintes itens: 1) Recursos humanos treinados; 2) Materiais educativos tais como cartazes, cartilhas, folder, fita de vídeo, fita cassete, slides; 3) Disponibilidade de recursos financeiros; 4) Plano de ação educativa. Na dimensão de processo delimitamos os seguintes itens: 1) Treinar recursos humanos; 2) Promover atividades educativas; 3) Produzir ou distribuir material educativo; 4) Veicular informação sobre hanseníase na imprensa; 5) Vacinar contatos. Na dimensão produto tem os seguintes itens: 1) 100% de recursos humanos treinados; 2) Atividades educativas realizadas; 3) Materiais educativos produzidos ou distribuídos; 4) Informações sobre hanseníase veiculadas pela imprensa; 5) Plano de Ações Educativas.

O quadro 8 mostra os itens do componente *prevenção* nas dimensões estrutura, processo e produto os itens delimitados e as pontuações.

Quadro 8 - Pontuação do componente prevenção nas dimensões de estrutura, processo e produto.

Dimensões	Itens	Pontuação
Estrutura	Existência de recursos humanos treinados	2,5
	Material de divulgação (cartazes, folder, fita de vídeo, fita cassete, slides, cartilhas).	2,5
	Disponibilidade de recursos financeiros para ações educativas	2,5
	Plano de Ações Educativas	2,5
Subtotal		10,0
Processo	Treinar recursos humanos	1,5
	Produzir/distribuir material educativo	1,5
	Alocar recursos financeiros p/ atividades educativas	1,5
	Veicular informação sobre hanseníase na imprensa local	1,5
	Elaborar plano de ações educativas	1,5
Subtotal		7,50
Produto	100 % dos recursos humanos treinados	1,5
	Materiais educativos produzidos/distribuídos	1,5
	Recursos financeiros alocados	1,5
	Informações sobre hanseníase veiculadas pela imprensa	1,5
	Plano de Ações Educativas	1,5
Subtotal		7,50
Total geral		25,00

No Componente *assistência farmacêutica*, estudaram-se os seguintes itens de estrutura:

- 1) Farmacêutico treinado no município;
- 2) Existência de programação das cartelas de PQT/OMS e demais medicamentos para reações;
- 3) Diretrizes de controle para dispensação de talidomida;
- 4) Local adequado para armazenagem do estoque de medicamentos
- 5) Disponibilidade de veículo para distribuição das medicações para as unidades.

Na dimensão de processo foram delimitados os itens:

- 1) Treinar farmacêuticos;
- 2) Elaborar programa dos medicamentos necessários para as unidades;
- 3) Elaborar diretrizes do controle e dispensação de talidomida;
- 4) Supervisionar a qualidade dos medicamentos nas unidades;
- 5) Armazenar adequadamente as medicações.

Na dimensão de produto estudaremos os seguintes itens:

- 1) Farmacêutico treinado;
- 2) Unidades com estoque dos medicamentos;
- 3) Diretrizes de controle e dispensação da talidomida elaborada;
- 4) Armazenagem adequada das medicações;
- 5) Qualidade das medicações supervisionada.

Quadro 9 - Pontuação do componente assistência farmacêutica nas dimensões de estrutura, processo e produto.

Dimensões	Itens	Pontuação
Estrutura	Existência de Farmacêutico treinado no município	2,5
	Existência de programação de cartelas de PQT/OMS e demais medicamentos para reações	2,5
	Diretrizes de controle e dispensação de talidomida	2,5
	Local para armazenagem da medicação	2,5
Subtotal		10,00
Processo	Treinar farmacêutico	1,5
	Elaborar programação dos medicamentos	1,5
	Elaborar diretrizes de controle para dispensação de talidomida	1,5
	Supervisionar a qualidade dos medicamentos nas unidades	1,5
	Armazenar adequadamente as medicações	1,5
Subtotal		7,5
Produto	Farmacêutico treinado	1,5
	Unidades com estoque de medicamentos	1,5
	Diretriz de controle e dispensação da talidomida elaborada	1,5
	Armazenagem adequada das medicações	1,5
	Qualidade da medicação supervisionada	1,5
Subtotal		7,5
Total geral		25,00

No componente *gestão* na dimensão estrutura delimitou-se os seguintes itens: 1) Recursos humanos capacitados em hanseníase; 2) Alocação de recursos financeiros; 3) Existência do C.M.S.; 4) Plano de Ação Municipal; 5) Sistema de Informação Gerencial implantado.

Na dimensão de processo delimitaram-se as seguintes atividades: 1) Alocar recursos financeiros; 2) Elaborar fluxo de informações; 3) Treinar Recursos Humanos; 4) Elaborar Plano de Ação 5) Alimentar o SIGAB.

Na dimensão de produtos foram estudados os seguintes itens: 1) 100% de recursos humanos treinados e capacitados em hanseníase; 2) Recursos financeiros alocados; 3) Plano de Ação aprovado no Conselho Municipal de Saúde; 4) Plano de Ação elaborado; 5) Fluxo de informação gerencial atualizado.

O quadro 10 mostra os itens do componente Gestão nas dimensões estratégicas de estrutura, processo e produto com as respectivas pontuações.

Quadro 10 - pontuação do componente gestão nas dimensões de estrutura, processo e produto.

Dimensão	Itens	Pontuação
Estrutura	Recursos humanos capacitados em Hanseníase	2,5
	Alocação de recursos financeiros	2,5
	Existência do CMS	2,5
	Existência do Plano de Ação Municipal	2,5
	Sistema de Informação Gerencial implantado	2,5
Subtotal		10,0
Processo	Treinar recursos humanos	1,5
	Alocar recursos financeiros	1,5
	Elaborar plano de ação	1,5
	Encaminhar Plano de Ação ao CMS	1,5
	Alimentar o SIGAB	1,5
Subtotal		7,5
Produto	100% de recursos humanos treinados e capacitados em	1,5
	Recursos financeiros alocados	1,5
	Plano de Ação aprovado no CMS	1,5
	Plano de Ação elaborado	1,5
	Fluxo de Informação gerencial atualizado	1,5
Subtotal		7,5
Total geral		25,0

Na análise dos dados referentes às unidades estudadas utilizou-se o mesmo formato da Gerência Municipal. Para pontuarem-se os componentes de vigilância epidemiológica, prevenção, assistência farmacêutica e gestão nas dimensões de estrutura, processo e produto das unidades selecionadas, elaboraram-se quadros semelhantes aos da Gerência Municipal, considerando o que deve ser realizado nas unidades. Trabalhou-se com os mesmos componentes: Assistência Farmacêutica, Vigilância Epidemiológica, Prevenção e Gestão, levando-se em conta as atividades definidas para a assistência básica e a média complexidade (nível primário e nível secundário) no atendimento ao portador de Hanseníase.

A apresentação dos quadros das unidades estudadas por componente e os respectivos itens delimitados para sua análise, será feita no capítulo seguinte, relativo aos resultados do estudo.

3.7. Limites do estudo

O estudo não contempla a autonomia da gerência municipal em relação às ações de controle da hanseníase, uma vez que durante a fase de coleta de dados a descentralização estava se processando. Não foi estudado também o impacto da descentralização das ações de controle da hanseníase no município de Manaus.

CAPITULO IV - RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1. Ações de controle e eliminação da hanseníase em Manaus

Com os resultados aqui apresentados tenta-se responder os seguintes questionamentos: *As ações de controle da hanseníase para o alcance da meta proposta pelo PEL estão implantadas? As ações de controle da hanseníase presentes nas unidades estão conforme as diretrizes nacionais? Existe qualidade nas ações oferecidas?* Para responder essas perguntas entrevistaram-se os vários atores envolvidos nas ações de eliminação da hanseníase: gerência estadual e municipal, diretores de unidades, profissionais de saúde pacientes e usuários.

Segundo a gerencia municipal, as ações de eliminação da hanseníase em Manaus estão presentes em 47 unidades básicas do município. Em 2002, foi elaborado o Plano de Ação para reorganização da Atenção Básica a Saúde na Área de Dermatologia Sanitária, definindo a forma de viabilização da assistência dermatológica no município considerando as recomendações da NOAS/2001.

Este plano organiza as ações em dermatologia sanitária no município de Manaus da seguinte forma:

O *nível primário* é a porta de entrada do sistema. As unidades incluídas neste nível são: as Casas de Saúde do PSF e os Centros de Saúde do tipo I. As atividades previstas são: educação em saúde; detecção de casos; diagnóstico; e tratamento com PQT e as intercorrências. Os recursos humanos envolvidos são: Médico Generalista, Enfermeiro, Assistente Social, Auxiliar de Enfermagem, Técnico de Dermatologia, e Agente Comunitário de Saúde - ACS. Vale esclarecer que o Programa Saúde da Família de Manaus quando criado em 1999 não acompanhou as diretrizes nacionais e recebeu a denominação oficial através de Lei municipal de “Programa Médico da Família” com a sigla de PMF, mas, que a partir de 2000 adequou-se às diretrizes nacionais do “Programa Saúde da Família”.

O *nível secundário* serve de apoio para o nível primário. As unidades incluídas são os quatro Centros de Referência do PSF e os oito Centros de Saúde do tipo II (CS Frei Valério, CS Djalma Batista, CS Luiz Flavio, CS. Amazonas Palhano, CS Lago do Aleixo) e Casa da Mulher. As atividades a serem desenvolvidas incluem: apoio laboratorial, cirurgias dermatológicas de baixa e média complexidade. Os recursos humanos previstos são: médicos especialistas em dermatologia sanitária.

O *nível terciário* é a referência para os casos mais complexos. As unidades incluídas neste nível são: A fundação Alfredo da Matta, Fundação de Medicina Tropical e Universidade

Federal do Amazonas. As atividades previstas são: consulta com especialistas, diagnóstico, ensino, pesquisa, assessoria e consultoria.

O quadro 11 sintetiza a organização da atenção básica na área de dermatologia sanitária e hanseníase no município de Manaus.

Quadro 11 - Organização da Atenção em Dermatologia Sanitária no Município de Manaus, 2002.

Níveis de Atenção	Recursos Humanos	Atividades Realizadas	Unidades de Saúde
Primário	Médico generalista Enfermeiro, Assistente Social Auxiliar de Enfermagem Técnico de Dermatologia ACS	Educação em saúde, detecção de caso, diagnóstico e tratamento	Casas de Saúde Centros de Saúde I.
Secundário	Dermatologistas e outros profissionais capacitados em dermatologia	Diagnóstico laboratorial cirurgias dermatológicas	Centros de Referência do PSF Centros de Saúde II
Terciário	Profissionais que atuam nas unidades terciárias	Diagnóstico Tratamento Ensino Pesquisa	FUAM UFAM FMT

Segundo Moreira (2002), a lógica do novo modelo de atenção básica permite a integração da hanseníase no conjunto das ações de saúde. No entanto, existem grandes disparidades na atenção a saúde oferecida nos municípios do país no que se refere às ações de controle da hanseníase. A falta de entendimento de que a hanseníase deva estar inserida no conjunto de ações básicas de saúde resulta em uma baixa cobertura de unidades com o programa implantado, inviabilizando o acesso da população a este tipo de assistência.

A autora cita, ainda outras situações que acarretam baixa cobertura, como, a dificuldade do profissional médico em assumir a doença como agravo da atenção básica, a solicitação rotineira de baciloscopia e histopatologia para confirmação do diagnóstico, a não disponibilidade da medicação em todas as unidades de saúde. Em Manaus a situação não é diferente.

A quantidade de unidades com o PEL é mostrada no quadro 12 onde se observa que em 2001, do total de 263 unidades, somente 45 realizavam ações de diagnóstico e tratamento, das quais somente duas unidades aplicavam a vacina BCG nos contatos. Em 2002, houve o acréscimo de duas unidades com ações de diagnóstico e tratamento.

Quadro 12 – Oferta do PEL, 2001 e 2002, Manaus.

Anos	Quantidade de Unidades	
	2001	2002
Total de unidades	263	263
Atividades realizadas		
Ações de diagnóstico e tratamento	45	47
Suspeição diagnóstica	2	2
Vacina BCG	2	2

Vale esclarecer que a descentralização das ações de eliminação da hanseníase para as unidades básicas estava se processando durante a realização deste estudo. O município estava assumindo a responsabilidade gerencial do PEL com o apoio da Fundação Alfredo da Matta.

A gerência municipal desenvolve as seguintes atividades: supervisão, análise de dados e acompanhamento das notificações. Para desenvolver essas atividades, conta com a seguinte estrutura: uma sala com dois computadores e uma impressora, uma mesa redonda com seis cadeiras, uma mesa de escritório, um retroprojeto, um quadro de aviso, um quadro branco e um mapa da cidade de Manaus. A equipe de trabalho é composta de: uma médica especializada em hanseníase, uma enfermeira, um técnico em dermatologia, um auxiliar administrativo e um motorista, conforme descrito no quadro 13.

Quadro 13 - Estrutura física material e recursos humanos da Coordenação Municipal

Estrutura Física e Material		Recursos Humanos	
Quantidade	Discriminação	Quantidade	Discriminação
01	Sala	01	Médica especialista
02	Computadores	01	Enfermeira
03	Impressora	01	Técnico em dermatologia
01	Mesa redonda	01	Auxiliar em saúde
06	Cadeiras	01	Auxiliar administrativo
01	Mesa escritório	01	Motorista
01	Retro – projetor		
01	Quadro branco		
01	Quadro de aviso		
01	Mapa de Manaus		

Quanto à inclusão do controle da hanseníase na agenda da política municipal, a Coordenação informou que a hanseníase foi contemplada na Programação Pactuada Integrada (PPI) e no Plano de Ação Municipal (PAM) e que as ações de controle fizeram parte da pauta de duas reuniões do Conselho Municipal de Saúde nos últimos três anos.

Destaca-se que em relação ao montante de recursos financeiros previstos no orçamento municipal para a saúde e para as ações de controle da hanseníase não eram do conhecimento

da Coordenação no momento do estudo. Também se desconhecia a existência e destinação de suporte financeiro do Ministério da Saúde para o Programa.

Quanto ao planejamento das ações, a Coordenação informou que se baseia no diagnóstico epidemiológico e que as ações são hierarquizadas segundo os níveis de magnitude da doença. Em relação às principais estratégias para busca ativa de faltosos, estas ocorrem através de parcerias com as Secretarias Estadual e Municipal de Educação, PACS/PSF, MOHAN, Correios, e Pastoral da Saúde. As atividades dirigem-se a evitar o abandono, uma vez que, nas normas não existe profissional definido com atribuição de resgate de faltosos e/ou abandono e nem viaturas para que os profissionais realizem visitas domiciliares. Além disso, nos últimos três anos não foi previsto no orçamento do município nenhum recurso destinado à busca ativa de faltosos e/ou abandonos.

Uma das principais estratégias do programa para identificação de casos novos é a realização da triagem dermatológica, que consiste no exame de pele de corpo inteiro realizado em todos os pacientes que procuram a unidade de saúde pela primeira vez.

Quanto à distribuição dos medicamentos, verifica-se que em 2002 essa atividade era realizada pela FUAM. Os medicamentos eram entregues nas unidades, através da Coordenação Estadual de acordo com os pacientes no registro ativo da unidade. O adequado suprimento de medicamentos nas unidades de saúde é fundamental para que o paciente não interrompa seu tratamento.

Os casos de difícil diagnóstico, casos reacionais e confirmação de recidiva, se necessário, são referenciados para a FUAM, a FMT-AM e Ambulatório Araújo Lima da UFAM. Quanto à reabilitação física em nível secundário, a unidade de referência é a FUAM. Para realização de cirurgias corretivas a nível terciário, a unidade de referência é o Hospital Adriano Jorge, onde os procedimentos são realizados por técnicos da FUAM. Quanto à referência para os casos de lesões oculares é a FUAM.

A gerência municipal investe para estabelecer o fluxo de informação com o objetivo de facilitar o atendimento e o diagnóstico de modo a oferecer assistência de qualidade. Quanto à utilização das informações fornecidas pelo SIAB, a gerência municipal ainda não trabalha com esses dados, apesar de ser uma ferramenta importante para o planejamento das ações na atenção básica.

A gerência municipal não soube informar se existiram recursos no orçamento municipal, nos últimos três anos, para produção de material educativo. Entretanto, informou que, nesse período o programa recebeu do MS material educativo/informativo em quantidade suficiente.

Observa-se que, embora existam em Manaus 164 módulos do PSF e 23 equipes do PACS ainda não há integração das equipes daqueles programas com os profissionais das unidades

tradicionais. As ações de controle da hanseníase que são realizadas por algumas equipes do PSF/PACS são: busca ativa de casos novos, recuperação de faltosos e abandonos.

4.2. Grau de implantação das ações de eliminação da hanseníase em Manaus

Para se mensurar o grau de implantação do PEL no município de Manaus foram construídos quadros com os componentes gerencias do programa (vigilância epidemiológica, prevenção, assistência farmacêutica e gestão). Cada componente foi pontuado segundo as dimensões estratégicas e operacionais de estrutura, processo e produto. O valor máximo que cada componente poderá alcançar é de 25 pontos. Esse valor é obtido através da soma dos pontos das dimensões, que podem alcançar os seguintes pontos máximos: estrutura até 10 pontos; processo até 7,5 pontos e produto também até 7,5 pontos. O grau de implantação do programa de eliminação da hanseníase no município de Manaus é alcançado através da soma de todos os componentes que poderá chegar a 100 pontos.

A seguir mostra-se o resultado do componente vigilância epidemiológica descrito no quadro 14, segundo as dimensões técnicas gerencias de estrutura, processo e produto.

Quadro 14 – Pontuação do componente vigilância epidemiológica por estrutura, processo e produto do PEL Manaus.

Dimensões	Itens	Pontos máximos	Pontos obtidos
Estrutura	Existência de recursos humanos treinados em VE	2,0	2,0
	Existência de equipamento de Informática	2,0	2,0
	Existência de fluxo de informações definido e em operação	2,0	2,0
	Disponibilidade de transporte	2,0	2,0
	Mapa com a localização dos casos por área	2,0	0,0
Subtotal		10,0	8,0
Processo	Treinar recursos humanos	1,5	1,5
	Realizar Supervisão dos dados epidemiológicos	1,5	1,5
	Estabelecer fluxo de informações dos dados epidemiológicos	1,5	1,5
	Monitorar a tendência da doença	1,5	0,0
	Realizar busca de casos novos em áreas silenciosas	1,5	0,0
Subtotal		7,5	4,5
Produto	100 % dos recursos humanos treinados	1,5	1,5
	100% dos casos novos notificados em relação estimativa de casos	1,5	0,0
	Fluxo de informações dos dados epidemiológicos estabelecido	1,5	1,5
	Tendência da doença monitorada	1,5	0,0
	Áreas silenciosas identificadas	1,5	0,0
Subtotal		7,5	3,0
Total geral		25,0	15,5

O componente de vigilância epidemiológica alcançou 15,5 pontos, significando que a gerência municipal executa 62% das ações que deveria realizar neste componente.

Em relação aos itens da dimensão estratégica **estrutura**, observa-se que o único item inexistente foi o mapa com a distribuição dos casos por área. A utilização do mapa com a distribuição dos casos, ajuda a identificar as áreas com a maior quantidade de casos e a intensificar as ações nessas áreas.

Na dimensão **processo** verifica-se a falta de monitoramento da tendência da doença e busca de casos em áreas silenciosas. Esse monitoramento contribui para um controle mais eficiente da doença.

Na dimensão **produto** não se faz estimativa de casos. A não realização dessas ações leva a um desconhecimento do comportamento da epidemia no município. Esse resultado mostra que não existe uma abordagem epidemiológica do problema, o que pode estar relacionada à falta de capacitação da equipe em epidemiologia.

A principal fonte de informações sobre hanseníase, são as fichas de notificação do caso, que são preenchidas na unidade onde o caso é descoberto. A consolidação desses dados é realizada nos níveis municipal e estadual e enviada para o MS. Geralmente, as análises de rotina não retornam ao município. Atualmente o Sistema de Informação em hanseníase está integrado ao Sistema Nacional de Agravos Notificáveis (SINAN) sob a responsabilidade do Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI), do MS.

Segundo Moreira (2002), existe ineficiência do Sistema de Informações associada a pouca confiabilidade dos dados. Essa ineficiência leva ao desconhecimento da magnitude do problema a nível local e dificulta o conhecimento sobre a real situação da hanseníase, o que prejudica o planejamento das ações. Dificulta ainda a monitoração, a supervisão e avaliação das atividades desenvolvidas. Uma das principais causas dessa ineficiência do Sistema de Informações é a falta de alimentação contínua e sistemática dos dados, o que dificulta a análise da situação epidemiológica da hanseníase no município.

Vale ressaltar que a vigilância epidemiológica depende de um sistema de informações organizado. As diretrizes recomendam que os registros das informações devam ser fidedignos e atualizados, contendo todas as informações sobre as atividades de controle da hanseníase e essas informações devem seguir um fluxo estabelecido para o envio das informações para os diferentes níveis de vigilância epidemiológica.

O próximo componente analisado é a prevenção como mostra o quadro 15, segundo as dimensões técnicas gerencias de estrutura, processo e produto. Os itens delimitados neste componente estão voltados principalmente para as ações de educação em saúde, que se

considera fundamental para combater o preconceito e o estigma entre a população e profissionais de saúde.

Quadro 15 - Pontuação do componente prevenção nas dimensões de estrutura, processo e produto do PEL Manaus

Dimensões	Itens	Pontos máximos	Pontos obtidos
Estrutura	Existência de recurso humano treinado	2,5	2,5
	Material de divulgação (cartazes, <i>folders</i> , vídeos, outros).	2,5	2,5
	Recursos financeiros para ações educativas e divulgação de informações	2,5	0,0
	Plano de ações educativas	2,5	0,0
Subtotal		10,0	5,0
Processo	Treinar recursos humanos	1,5	0
	Produzir e distribuir material educativo	1,5	1,5
	Alocar recursos financeiros para atividades educativas	1,5	0,0
	Veicular informação sobre hanseníase na imprensa local	1,5	1,5
	Elaborar plano de ações educativas	1,5	0,0
Subtotal		7,5	3,0
Produto	Recurso humano treinado	1,5	1,5
	Material educativo produzido e distribuído	1,5	1,5
	Recursos financeiros alocados para atividades educativas	1,5	0,0
	Informações veiculadas na imprensa	1,5	1,5
	Plano de ação educativa	1,5	0,0
Subtotal		7,5	4,5
Total geral		25,0	12,5

O componente operacional de prevenção obteve 12,5 pontos, o que corresponde a 48% das atividades implantadas, ou seja, a gerência municipal realiza menos de 50% das atividades previstas.

Analisando-se à dimensão estrutura, verifica-se que o município não recebe recursos financeiros para as atividades educativas nem tem plano para realização dessas atividades.

Quanto à dimensão processo e produto, verifica-se que o município não produziu nenhum material educativo. O distribuído nas unidades de saúde foi fornecido pela Coordenação Estadual ou pelo MS. Em 2002, o município não elaborou plano municipal de campanha educativa para divulgar informações sobre a hanseníase com vista a diminuir o preconceito da população em relação à doença.

A capacitação da equipe para as ações de controle da hanseníase deve focar a realização da atividade educativa. Essas atividades de educação em saúde devem estar presentes nas relações entre os próprios integrantes da equipe, nas relações da equipe com outros profissionais, com o doente, com seus familiares, com grupos sociais e com a população em geral. Portanto as atividades educativas devem estar integradas em todas as ações de controle da hanseníase (Brasil, 2001).

As atividades de prevenção realizadas parecem restringir-se à mera reprodução do que é recomendado pelo MS. Destaca-se ainda, o pouco esforço e envolvimento do nível local nesse componente. A questão do estigma não parece ser foco das ações de prevenção. Nas ações educativas, se devem focar as peculiaridades locais e as explorar nos treinamentos, capacitações e na produção de material educativo voltado para a realidade local, colaborando assim na mudança da representação social da hanseníase e combater o preconceito contra as pessoas portadoras da doença.

O próximo componente analisado foi assistência farmacêutica mostrado no quadro 16.

**Quadro 16 - Pontuação do componente assistência farmacêutica
por estrutura, processo e produto do PEL Manaus.**

Dimensões	Itens	Pontos máximos	Pontos obtidos
Estrutura	Existência de farmacêutico treinado no município	2,0	2,0
	Existência de programação das cartelas de PQT/OMS e demais medicamentos para as reações	2,0	0,0
	Diretrizes de controle e dispensação da talidomida	2,0	0,0
	Local para armazenagem das medicações	2,0	2,0
	Veículo disponível para entrega dos medicamentos nas unidades	2,0	2,0
Subtotal		10,0	6,0
Processo	Treinar farmacêuticos	1,5	1,5
	Elaborar programa dos medicamentos necessários para as unidades	1,5	0
	Elaborar diretriz do controle e dispensação de talidomida.	1,5	0
	Supervisionar a qualidades dos medicamentos nas unidades	1,5	0
	Armazenar adequadamente as medicações	1,5	0
Subtotal			1,5
Produto	Farmacêutico treinado	1,5	1,5
	Unidades com estoque de medicamentos	1,5	1,5
	Diretriz de controle e dispensação da talidomida elaborada	1,5	1,5
	Armazenagem adequada das medicações no município	1,5	0,0
	Qualidade da medicação supervisionada	1,5	0,0
Subtotal		7,5	4,5
Total geral		25	12,0

Este componente alcançou 12,0 pontos, ou seja, menos da metade da pontuação máxima. Vale esclarecer que até a realização deste estudo, o repasse da medicação não se dava diretamente do Ministério da Saúde para o município, ou seja, a responsabilidade com distribuição das medicações para as unidades era da FUAM o que pode ter influenciado nesse resultado. A dimensão de processo alcançou a pontuação mais baixa. O município não programava a quantidade de medicações necessárias para as unidades, e não se responsabilizava pela falta dos mesmos. Este estudo não identificou as razões pelas qual a centralização das medicações na FUAM continuou até o ano 2002. A disponibilidade das medicações nas unidades é fundamental para o controle da hanseníase.

A seguir temos o resultado do componente gestão como mostra o quadro 17.

Quadro 17 - Pontuação do componente gestão nas dimensões estrutura, processo e produto do PEL Manaus.

Dimensão	Itens	Pontos máximos	Pontos obtidos
Estrutura	Existência de recursos humanos capacitados em hanseníase	2,0	2,0
	Alocação de recursos financeiros específicos para as ações de controle da	2,0	2,0
	Existência do CMS	2,0	2,0
	Existência de Plano de Ação Municipal	2,0	2,0
	Sistema de Informações Gerenciais estabelecido e utilizado	2,0	0
Subtotal		10,0	8,0
Processo	Treinar recursos humanos	1,5	0
	Alocar recursos financeiros	1,5	0
	Elaborar Plano de Ação	1,5	1,5
	Encaminhar Plano de Ação ao CMS	1,5	1,5
	Utilizar o SIGAB	1,5	0
Subtotal		7,5	3,0
Produto	Recursos humanos treinados em hanseníase	1,5	1,5
	Recursos financeiros alocados	1,5	0
	Aprovação do Plano Municipal no CMS	1,5	1,5
	Plano de Ação de controle existente e executado	1,5	1,5
	Sistema de Informação Gerencial disponibilizado	1,5	0
Subtotal		7,5	4,5
Total geral		25,0	15,5

O Componente de gestão alcançou 15,5 pontos, o que corresponde 50% dos pontos máximos. Nas dimensões estratégicas, verifica-se que o processo teve a menor pontuação em relação à estrutura e produto.

Segundo Moreira (2002) a não utilização do SIA/SUS como fonte complementar da Vigilância Epidemiológica e do SIGAB é um entrave, uma vez que esses sistemas são ferramentas importantes para o planejamento das ações na atenção básica. Até a realização deste estudo, a gerência não utilizava esses sistemas.

Em relação ao item treinamentos e capacitações de recursos humanos, esclarecemos que, estes foram realizados em parcerias com a FUAM. Mas não atenderam as necessidades do município, uma vez, que não houve a participação de demais profissionais das unidades básicas. Quanto aos profissionais que fazem parte PSF e PACS somente os médicos estavam sendo treinados.

No item alocação de recursos financeiros, vale destacar, que a gerência desconhecia se o município recebeu algum suporte financeiro do MS para o programa. O desconhecimento dessas informações prejudica o planejamento das ações de controle de hanseníase e, conseqüentemente, não tem como negociar mais investimentos para expansão das ações de controle da hanseníase.

Quanto ao Conselho Municipal de Saúde (CMS), verificou-se que este se reúne mensalmente em assembléia ordinária. Quando há necessidade, pode reunir-se em assembléias extraordinárias. Quanto à representatividade por seguimento observa-se a falta dos profissionais de saúde na sua composição que ainda não acompanha as diretrizes nacionais. Através da leitura das atas das reuniões realizadas em 2002, observou-se que os assuntos discutidos pelos membros do Conselho na sua maioria, giravam em torno de denúncias envolvendo as unidades de saúde do município. Do total de 18 atas examinadas, identificou-se que a hanseníase nunca foi pauta das reuniões. Em três atas constavam registros da presença da representante do MOHRAN com os seguintes assuntos: reclamação sobre atendimento em uma unidade de saúde da zona Leste; divulgação das comemorações do *Dia da Mancha*; e o funcionamento da oficina ortopédica. Vale esclarecer que essa oficina atende os pacientes com seqüelas de hanseníase e os calçados são fabricados por membros do MOHRAN com apoio de uma organização não governamental italiana.

A seguir apresentam-se o resultado do grau de implantação do PEL no município de Manaus, descrito no quadro 18 que mostra a síntese da pontuação alcançada pelos componentes técnicos gerencias estudados de vigilância epidemiológica, prevenção, assistência farmacêutica e gestão nas suas dimensões estratégicas de estrutura, processo e produto.

Quadro 18 – Pontuação por dimensões e componentes e grau de implantação do PEL, Manaus, 2002

Dimensões Componentes	Estrutura	Processo	Produto	Pontuação Máxima	Pontuação por Componente
Vigilância	8,0	4,5	3,0	25	15,5
Prevenção	5,0	3,0	4,5	25	12,5
A. Farmacêutica	6,0	3,0	3,0	25	12,0
Gestão	8,0	3,0	4,5	25	15,5
Grau de implantação	55,5%				
Classificação	Insatisfatório				

Verifica-se que os componentes técnicos gerenciais do programa alcançaram 55,5 de implantação. Dentre os componentes estudados a Vigilância Epidemiológica teve a maior pontuação. A Prevenção e a Assistência Farmacêutica parecem ser mais os problemáticos.

Em relação à prevenção observa-se que os valores obtidos na dimensão estrutura estão relacionados à não destinação de recursos financeiros para as ações educativas.

A assistência farmacêutica mesmo tomada apenas parcialmente, já que a nossa análise abrangeu a disponibilidade de medicamentos desponta como o componente de menor grau de implantação. Examinando o programa sob a ótica das dimensões estratégicas operacionais, também verificamos que a assistência farmacêutica tem as menores pontuações em todas as dimensões, seja ela estrutura, processo e produto.

Deve-se destacar que tanto as atividades de gestão com as de vigilância epidemiológica são as melhores aquinhoadas em relação à estrutura. A dimensão de processo é a que mais evidenciou problemas para todos os componentes do programa, isto é obteve as menores pontuações. A exploração de nossas informações revela que isto está provavelmente ligado a pouca capacitação de pessoal e carência deste mesmo pessoal capacitado nos níveis centrais do programa. Por estes motivos, por exemplo, a vigilância epidemiológica, tem sido pouco aproveitada como instrumento de planejamento e monitoramento.

Portando considerando-se os resultados alcançados pelos componentes técnicos nas dimensões estratégicas operacionais, com base nas ações que estão sob a responsabilidade da gerência municipal de saúde o PEL em Manaus foi classificado como insatisfatório. Diante desses resultados pode-se inferir que, dificilmente o município de Manaus alcançará a meta de

eliminação da hanseníase como problema de saúde pública até 2005 se as ações de controle não forem implantadas efetivamente.

4.3. Ações de Eliminação da Hanseníase implantadas nas unidades básicas estudadas

Em relação aos resultados das unidades destaca-se que as mesmas foram selecionadas procurando priorizar as diferentes modalidades de atenção pelas quais os serviços de saúde se organizam.

Essas modalidades são classificadas da seguinte forma:

- 1) Atenção à saúde com Agente Comunitário de Saúde (ACS), técnico de nível médio (TNM), médico generalista (MG) e médico especialista em dermatologia (MED);
- 2) Atenção à saúde com técnico de nível médio e médico especialista;
- 3) Atenção à saúde com ACS, técnico de nível médio e médico generalista;
- 4) Atenção à saúde com ACS, técnico de nível médio e médico especialista;
- 5) Atenção à saúde com ACS e médico generalista.

Convém destacar que antes da coleta de dados nas unidades, a pesquisadora visitou as possíveis unidades que atendiam aos critérios de seleção descritos na metodologia e selecionou aquelas que realizam ações de controle da hanseníase, permitindo assim, minimamente a realização de uma análise de implantação.

Para se avaliar o grau de implantação do programa nas unidades estudadas, montou-se quadro dos componentes de vigilância epidemiológica, prevenção e Gestão nas dimensões de estrutura, processo e produto das quatro unidades básicas estudadas.

4.3.1 Descrição das unidades estudadas

Unidade A - Centro de Saúde localizado na Zona Leste de Manaus que serve de referência na área de dermatologia para outras unidades no nível secundário. As ações de eliminação da hanseníase são realizadas por médico dermatologista e o técnico de dermatologia sanitária. Essa unidade notificou 48 casos em 2002, sendo que quatro pacientes apresentaram reações na vigência do tratamento e cinco pacientes após o tratamento. Dentre as unidades da rede básica é a que tem a maior quantidade de pacientes em tratamento.

Unidade B - denominada Ambulatório de Alta Resolutividade, é referência no nível secundário na área de dermatologia. Localiza-se na zona Norte. Todos os pacientes são atendidos pela dermatologista e técnico de enfermagem. Em 2002 a unidade notificou 15 pacientes. De acordo com os prontuários, somente dois pacientes apresentaram reação na vigência do tratamento.

Unidade C - Centro de Saúde localizado na Zona Leste no Distrito Industrial, com uma população adstrita de baixo nível sócio econômico Os pacientes são atendidos por médico generalista, enfermeira, técnicas de enfermagem e ACS. Essa unidade notificou 12 pacientes em 2002. Segundo os registros em prontuário dois pacientes apresentaram reação na vigência do tratamento.

Unidade D - Centro de Saúde também localizado na Zona Leste, em área conhecida como colônia Antonio Aleixo, onde no passado existia a colônia agrícola, destinada aos pacientes exilados e suas famílias. Essa unidade também é referência para o nível secundário. O atendimento aos pacientes é feito por médico especialista, técnicos em dermatologia e ACS. A referida unidade notificou 7 casos de hanseníase em 2002, dentre os quais, segundo os prontuários quatro pacientes apresentaram reações na vigência do tratamento.

Destaca-se que a atribuição dos ACS nessas unidades é fazer a busca de pacientes faltosos e abandonos.

Unidade E - É um módulo do PSF localizado na zona Norte, com atribuições no nível de atenção básica. Vale ressaltar que até a realização deste estudo, as ações do PEL ainda não estavam implantadas em todos os módulos do PSF e foram recentemente implantadas nos módulos da zona Norte. Os módulos executam as seguintes ações de controle da hanseníase: suspeição diagnóstica, busca de faltosos e recuperação de abandonos. Vale esclarecer que a unidade do PSF denominada de Casa 50, por ter uma estrutura diferenciada das demais, não aparece nos quadros referentes aos componentes. Mas os resultados das entrevistas com profissionais, pacientes e usuários serão apresentados juntamente com as demais unidades.

4.3.2 Grau de implantação das unidades estudadas

Esclarecemos que para identificar quais ações realizadas nas unidades de saúde estudadas, foram incluídos os itens referentes às atividades preconizadas pelo MS para as UBS. Essa inclusão buscou ainda focar os insumos indispensáveis às atividades preconizadas pelo MS para rede básica.

O resultado da análise do grau de implantação do programa de eliminação da hanseníase alcançado pelas unidades estudadas também é apresentado por componentes técnicos gerenciais de vigilância epidemiológica, prevenção, assistência farmacêutica e gestão nas dimensões estratégicas de estrutura, processo e produto.

Os valores da pontuação a serem alcançados pelas unidades são os mesmos já descritos no início deste capítulo. A pontuação máxima para cada componente é de 25 pontos. A pontuação por dimensão é: 10 pontos para estrutura, 7,5 pontos para processo e também para produto.

No Componente vigilância epidemiológica na dimensão estrutura delimitou-se os itens: 1) sala de consulta; 2) sala de vacina com BCG disponível; 3) agenda para exame de contatos; 4) ficha de notificação; 5) recursos humanos treinados. Na dimensão de processo: 1) diagnosticar e notificar os casos e acompanhar os casos registrados; 2) registrar os contatos; 3) agendar exames; 4) vacinar os contatos com BCG; 5) identificar faltosos e abandonos. Na dimensão de produto: 1) 100% dos casos diagnosticados notificados e em tratamento; 2) 100% dos contatos registrados; 3) 100% dos contatos examinados 4) 100% dos contatos vacinados com do BCG; 5) 100% dos faltosos e abandonos recuperados.

No quadro 19 é mostrado a pontuação das unidades no componente vigilância Epidemiológica nas dimensões estratégicas de estrutura, processo e produto com os respectivos itens preconizados pelo MS.

Quadro 19 - Pontuação do componente vigilância epidemiológica nas dimensões de estrutura, processo e produto das unidades.

Estrutura	Pontuação das Unidades							
	A		B		C		D	
Sala de consulta	sim	2,0	sim	2,0	sim	2,0	Sim	2,0
Sala de vacina com BCG disponível	sim	2,0	sim	2,0	sim	2,0	sim	2,0
Agenda para exame de contatos	não	0,0	não	0,0	não	0,0	Não	0,0
Ficha de notificação	sim	2,0	sim	2,0	sim	2,0	sim	2,0
Recursos humanos treinados	sim	2,0	não	0,0	sim	2,0	sim	2,0
Subtotal	8,0		6,0		8,0		8,0	
Processo	A		B		C		D	
Diagnosticar, notificar e acompanhar os casos.	sim	1,5	sim	1,5	sim	1,5	sim	1,5
Registrar os contatos	não	0,0	sim	1,5	sim	1,5	sim	1,5
Agendar exames de contatos	não	0,0	sim	1,5	sim	1,5	sim	1,5
Vacinar os contatos com BCG	não	0,0	Não	0,0	sim	1,5	não	0,0
Identificar faltosos e abandonos	sim	1,5	sim	1,5	sim	1,5	sim	1,5
Sub total	3,0		6,0		7,5		6,0	
Produto	A		B		C		D	
100% dos casos diagnosticados notificados e em tratamento	sim	1,5	sim	1,5	sim	1,5	sim	1,5
100% dos contatos registrados	sim	1,5	sim	1,5	sim	1,5	sim	1,5
100% dos contatos examinados	não	0,0	não	0,0	não	0,0	sim	1,5
100% dos contatos vacinados Com BCG	não	0,0	não	0,0	sim	1,5	não	0,0
100% dos faltosos/abandonos recuperados	sim	1,5	sim	1,5	sim	1,5	sim	1,5
Subtotal	4,5		4,5		6,0		6,0	
Total geral	15,5		16,5		21,5		20,0	
Pontuação máxima	25,0		25,0		25,0		25,0	

O quadro 20 mostra o sumário da pontuação alcançada pelas unidades no componente de vigilância epidemiológica.

Quadro 20 – Sumário da pontuação do componente vigilância epidemiológica nas dimensões de estrutura, processo e produto das unidades

Dimensões	Pontuação máxima	Pontuação das Unidades			
		A	B	C	D
Estrutura	10,0	8,0	6,0	8,0	8,0
Processo	7,5	3,0	6,0	7,5	6,0
Produto	7,5	4,5	4,5	6,0	6,0
Total	25,0	15,5	16,5	21,5	20,0

O resultado alcançado pelas unidades nesse componente mostrou-se heterogêneo em relação aos itens estudados.

A unidade A obteve a 15,5 pontos com menor pontuação nas dimensões de processo e produto, mas alcançou uma pontuação alta em relação à dimensão estrutura, o que leva a inferir que esta unidade conta com estrutura para implementar as atividades preconizadas para vigilância epidemiológica como, por exemplo, agendar e realizar os exames dos contatos.

A Unidade B alcançou de 16,5 pontos, significa que as ações de vigilância epidemiológica também são insatisfatórias nesta unidade e não realiza as atividades relacionadas aos comunicantes intradomiciliares tais como, agendamento dos exames e aplicação da vacina BCG.

A Unidade C alcançou 21,5 pontos, ou 86%, de implantação, significa que as ações de vigilância epidemiológica são satisfatórias. Esta unidade realiza praticamente todas as atividades preconizadas apenas não examinar todos os contatos intradomiciliares.

A Unidade D alcançou 20 pontos, ou 80%, de implantação, foi, portanto, considerada satisfatória a implantação da vigilância epidemiológica nessa unidade.

Observar-se assim que o problema comum a todas as unidades é o agendamento de contatos domiciliares. Os contatos não são ativamente procurados, orientados ou monitorados para vacinação com BCG. Este aspecto é certamente um item a ser trabalhado em todas as unidades estudadas.

O próximo componente estudado é a prevenção. Na sua dimensão de estrutura foram definidos os seguintes itens: 1) recursos humanos treinados; 2) matérias de divulgação

(cartazes, cartilhas, folder, fita de vídeo, fita cassete, slides); 3) plano de atividades educativas; 4) espaço físico para atividades educativas. Na sua dimensão de processo os itens delimitados foram: 1) distribui material educativo; 2) elabora plano de atividades educativas; 3) realiza atividade educativa na unidade 4) realizar atividade educativa na comunidade; 5) realiza atividades educativas com profissionais. Quanto à dimensão de produto foram estudados os seguintes itens: 1) material de divulgação distribuído; 2) atividades educativas na unidade realizadas; 3) atividades educativas na comunidade realizadas; 4) atividades educativas com profissionais realizadas; 5) plano de atividades executado.

O quadro 21 mostra os itens estudados com as respectivas pontuações.

Quadro 21 - Pontuação do componente prevenção nas dimensões de estrutura, processo e produto das unidades.

Estrutura	Pontuação das Unidades							
	A		B		C		D	
Recursos humanos treinados	sim	2,5	sim	2,5	sim	2,5	sim	2,5
Matérias de divulgação (cartazes, cartilhas), folder, vídeos, fita cassete, slides).	sim	2,5	sim	2,5	sim	2,5	sim	2,5
Plano de atividades educativas	sim	2,5	não	0,0	não	0,0	não	0,0
Espaço físico para atividades educativas	sim	2,5	não	0,0	não	0,0	não	0,0
Subtotal	10,0		5,0		5,0		5,0	
Processo	A		B		C		D	
Distribui material educativo	sim	1,5	sim	1,5	sim	1,5	sim	1,5
Elabora plano de atividade educativa	sim	1,5	não	0,0	não	0,0	não	0,0
Realizar atividade educativa na unidade	sim	1,5	sim	1,5	sim	1,5	não	0,0
Realizar atividade educativa na comunidade	sim	1,5	não	0,0	sim	1,5	sim	1,5
5) Realizar atividade educativa com os profissionais	não	0	não	0,0	não	0,0	não	0,0
Subtotal	6,0		3,0		4,5		3,0	
Produto	A		B		C		D	
Material de divulgação distribuído	não	0,0	sim	1,5	sim	1,5	sim	1,5
Atividades educativas na unidade realizadas	sim	1,5	sim	1,5	sim	1,5	sim	1,5
Atividade educativa na comunidade Realizada	sim	1,5	não	0,0	sim	1,5	sim	1,5
Atividades educativas com profissionais Realizadas	não	0,0	não	0,0	não	0,0	não	0,0
Plano de atividades executado	sim	1,5	não	0,0	não	0,0	não	0,0
Subtotal	4,5		3,0		4,5		4,5	
Total geral	20,5		11,0		14,0		12,5	
Pontuação máxima	25,0		25,0		25,0		25,0	

O quadro 22 mostra a síntese da pontuação do componente prevenção alcançada pelas unidades.

Quadro 22 - Sumário da pontuação do componente prevenção das Unidades

Dimensões	Pontuação das Unidades				
	Pontuação Máxima	Unidade A	Unidade B	Unidade C	Unidade D
Estrutura	10,0	10,0	5,0	5,0	5,0
Processo	7,5	6,0	3,0	4,5	3,0
Produto	7,5	4,5	4,5	4,5	4,5
Total	25,0	20,5	12,5	14,0	12,5

Em relação ao componente prevenção, as unidades obtiveram os seguintes resultados:

A **Unidade A** alcançou 20,5 pontos com de 82% de implantação. Destaca-se que na dimensão de estrutura esta unidade alcançou a pontuação máxima. Mas não realiza atividades educativas com os profissionais e nem distribui material educativo. Destaca-se ainda que essa unidade é referência no nível secundário.

A **Unidade B** alcançou somente 11,0 pontos, o que significa menos que 50% de implantação, não elaboram plano de atividade educativa e nem realizam atividades educativas na unidade. As dimensões estratégicas processo e produto obtiveram uma baixa pontuação em relação às outras unidades.

A **Unidade C** alcançou 14,0 pontos com 56% de implantação. Nesta unidade os ACS participam das ações educativas, Vale resalta que não tem espaço físico destinado e adequado para realizar atividades educativas.

A **Unidade D** alcançou de 12,5 pontos ou 50% de implantação, com baixo desempenho na dimensão processo. Essa unidade apesar de ser referência no nível secundário, o espaço físico é inadequado para a realização das atividades.

Verificou-se que as unidades de referência para o nível secundário nem sempre realizam todas as atividades de prevenção preconizadas MS. Percebe-se a falta envolvimento dos outros profissionais da unidade nas ações de controle e eliminação da hanseníase e a falta de integração das unidades do PSF/PACS para realizarem busca de faltosos e abandonos e suspeição diagnostica. Somente as unidades C e D realizam atividades integradas com esses programas.

Em relação às atividades educativas, observa-se, que apenas a Unidade “A” apresentou seu plano. Ressalta-se que nenhuma dessas unidades tem área de convivência para realizar essas atividades educativas. Considerando o estigma e a facilidade com que a população pode identificar-se como caso suspeito, é surpreendente a falta de implantação destas atividades.

A seguir temos o quadro 23 que mostra a pontuação do componente assistência farmacêutica alcançada pelas unidades. Na dimensão estrutura delimitou-se os seguintes itens: 1) estoque de cartelas com PQT/OMS; 2) estoque de medicamentos para tratamento das

reações; 3) livro de controle e saída dos medicamentos; 4) local próprio para armazenagem; 5) farmacêutico. Na dimensão de processo delimitaram-se os seguintes itens: 1) controle de cartelas de PQT/OMS específicos; 2) controlar a quantidade medicamentos para tratamento das reações; 3) registrar a entrada e saída dos medicamentos em livro próprio; 4) fazer controle de prazos de validade; 5) treinar farmacêutico. Na dimensão de produto delimitaram-se os seguintes itens: 1) armazenagem apropriada dos medicamentos; 2) medicamentos com bom estado de conservação e nos prazos de validade; 3) registro da entrada e saída dos medicamentos; 4) estoque apropriado às necessidades; 5) farmacêutico treinado.

É necessário esclarecer que as unidades de referência do nível secundário, ou seja, as Unidades A, B e D, o farmacêutico faz parte da equipe, mas no caso da Unidade C que não é referência, esse profissional não é previsto, portanto, registrou-se com **sim** neste item para que a Unidade C não perdesse pontos.

Quadro 23 – Pontuação do componente assistência farmacêutica nas dimensões de estrutura, processo e produto das unidades.

Estrutura	Pontuação das Unidades							
	A		B		C		D	
Estoque de cartelas com PQT/OMS	sim	2,0	sim	2,0	sim	2,0	sim	2,0
Estoque de medicamentos para tratamento das reações	sim	2,0	sim	2,0	sim	2,0	sim	2,0
Livro de controle e saída dos medicamentos	não	0,0	não	0,0	não	0,0	não	0,0
Local próprio para armazenagem	não	0,0	não	0,0	não	0,0	não	0,0
Farmacêutico	sim	2,0	não	0,0	sim	2,0	não	0,0
Subtotal		6,0		4,0		6,0		4,0
Processo	A		B		C		D	
Controlar a quantidade de cartelas com PQT/OMS	Sim	1,5	sim	1,5	sim	1,5	sim	1,5
Controlar a quantidade medicamentos para tratamento das reações	Sim	1,5	sim	1,5	sim	1,5	sim	1,5
Registrar a entrada e saída dos medicamentos em livro próprio	Não	0,0	não	0,0	não	0,0	não	0,0
Fazer controle de prazos de validade	Sim	1,5	sim	1,5	sim	1,5	sim	1,5
Treinar farmacêutico	Sim	1,5	não	0,0	sim	1,5	não	0,0
Subtotal		6,0		4,5		6,0		4,5
Produto	A		B		C		D	
Armazenagem apropriada dos Medicamentos	Não	0,0	não	0,0	não	0,0	não	0,0
Medicamentos com bom estado de Conservação e nos prazos de validade	Sim	1,5	sim	1,5	sim	1,5	sim	1,5
Registro da entrada e saída dos Medicamentos	Não	0,0	não	0,0	não	0,0	não	0,0
Estoque apropriado às necessidades	Sim	1,5	sim	1,5	sim	1,5	sim	1,5
Farmacêutico treinado	Sim	1,5	não	0,0	sim	1,5	não	0,0
Sub total		4,5		3,0		4,5		3,0
Total		16,5		11,0		16,5		11,5
Pontuação máxima		25,0		25,0		25,0		25,0

A seguir temos o quadro 24 que mostra o sumário da pontuação alcançada no componente AF pelas unidades estudadas.

Quadro 24 - Sumário da Pontuação do Componente Assistência Farmacêutica nas dimensões de estrutura, processo e produto das unidades.

Dimensões	Pontuação das Unidades				
	Pontuação Máxima	Unidade A	Unidade B	Unidade C	Unidade D
Estrutura	10,0	6,0	4,0	6,0	4,0
Processo	7,5	6,0	4,5	6,0	4,5
Produto	7,5	4,5	3,0	4,5	3,0
Total pontos	25,0	16,5	11,5	16,5	11,5

No componente assistência farmacêutica a **unidade A** alcançou 16,5 pontos, ou 66% de implantação. Dentre as unidades estudadas esta unidade é a única que conta com o profissional farmacêutico. No entanto as cartelas de PQT/OMS e os medicamentos para tratar as reações da doença permanecem sob a responsabilidade do técnico de nível médio no próprio consultório onde o paciente é atendido.

A **unidade B** alcançou 11,5 pontos, ou 46,0% de implantação. A situação desta unidade não se diferencia da unidade A no que se refere ao controle de medicamentos. Ressalta-se que na dimensão produto alcançou a pontuação a menor pontuação em relação às demais dimensões. Destaca-se que esta unidade é referencia no nível secundário.

A **unidade C**, que é de nível primário, alcançou 16,5 pontos, com 66 % de implantação. Em comparação com as demais unidades estudadas, obteve a maior pontuação. No entanto, como acontece nas demais unidades, o controle de estoque de medicamentos é deficiente.

A **unidade D** alcançou 11,5 pontos, com 46% de implantação, com baixo desempenho em todas as dimensões, comparando-se com as demais unidades obteve a pontuação mais baixa na dimensão de estrutura.

O quadro 25 mostra a pontuação do componente de gestão alcançado pelas unidades. Na dimensão de estrutura delimitaram-se os seguintes itens: 1) plano de Ação local; 2) arquivo com registros das informações; 3) planilha de consolidação dos dados; 4) ata de reuniões com profissionais; 5) recursos humanos treinados.

Na dimensão de processo os itens foram os seguintes: 1) elaborar plano local; 2) consolidar os dados; 3) reunir com os profissionais; 4) fazer parcerias com outras instituições; 5) incentivar os profissionais a participarem dos treinamentos.

Na dimensão de produtos: 1)plano de ação executado; 2)dados consolidados; 3) parcerias firmadas com outras instituições; 4) profissionais treinados; 5) reunião periódica com profissionais.

Quadro 25 - Pontuação do componente gestão nas dimensões estrutura, processo e resultado das unidades.

Estrutura	Unidades							
	A		B		C		D	
Plano de Ação local	sim	2,0	não	0,0	não	0,0	não	0,0
Arquivo com registros das informações	sim	2,0	sim	2,0	sim	2,0	sim	2,0
Planilha de consolidação dos dados	sim	2,0	sim	2,0	sim	2,0	sim	2,0
Existe ata de reunião com profissionais	não	0,0	não	0,0	não	0,0	não	0,0
Recursos humanos treinados	não	2,0	sim	2,0	sim	2,0	sim	2,0
Subtotal	8,0		6,0		6,0		6,0	
Processo	A		B		C		D	
Elaborar plano local	sim	1,5	não	0,0	não	0,0	não	0,0
Consolidar os dados	sim	1,5	sim	1,5	sim	1,5	sim	1,5
Reunir com os profissionais	não	0,0	não	0,0	sim	1,5	não	0,0
Fazer parcerias com outras instituições	sim	1,5	não	0,0	sim	1,5	sim	1,5
Incentivar os profissionais para participarem dos treinamentos	sim	1,5	sim	1,5	sim	1,5	sim	1,5
Subtotal	6,0		3,0		6,0		4,5	
Produto	A		B		C		D	
Plano de ação executado	sim	1,5	não	0,0	não	0,0	Não	0,0
Informações consolidadas	sim	1,5	sim	1,5	sim	1,5	não	0,0
Parcerias com outras instituições	sim	1,5	não	0,0	sim	1,5	sim	1,5
Profissionais treinados	sim	1,5	sim	1,5	sim	1,5	sim	1,5
Reunião periódica com profissionais	não	0,0	não	0,0	sim	1,5	sim	1,5
Subtotal	6,0		3,0		6,0		4,5	
Total geral	20,0		12,0		18,0		15,0	
Pontuação máxima	25,0		25,0		25,0		25,0	

O quadro 26 mostra a síntese da pontuação das unidades no componente gestão nas dimensões estratégicas de estrutura, processo e produto.

Quadro 26 - Sumário da pontuação do componente gestão das unidades

Dimensões	Pontuação das unidades				
	Pontuação Máxima	Unidade A	Unidade B	Unidade C	Unidade D
Estrutura	10,0	8,0	6,0	6,0	6,0
Processo	7,5	6,0	3,0	6,0	4,5
Produto	7,5	6,0	6,0	6,0	4,5
Total dos pontos	25,0	20,0	12,0	18,0	15,0

No componente gestão verifica-se que as unidades tiveram os seguintes resultados:

A **unidade A** alcançou de 20,0 pontos, com 80% de implantação. Esta unidade apresentou o plano local. Possui equipes do PACS atuando na sua área de abrangência, mas essas equipes não estão integradas nas ações de controle da hanseníase. As atividades do PEL são desenvolvidas pela médica especialista e pelo técnico em dermatologia.

A **unidade B** alcançou 12,0 pontos, com 48% de implantação. Esta unidade alcançou baixa pontuação em todas as dimensões. As atividades são executadas por especialista e técnico de enfermagem e não existe integração com as equipes do PSF/PACS.

A **unidade C** obteve 18,0 pontos, com 72% de implantação. Ressalta-se que dentre as unidades estudadas é a única que envolve o profissional enfermeiro no PEL, e as equipes do PACS estão integradas nas ações de controle da hanseníase.

A **unidade D** alcançou 15,0 pontos, com 60% de implantação. As equipes do PSF estão integradas nas ações de controle da hanseníase. Esta unidade conta com o técnico em dermatologia e o especialista na execução das atividades do PEL.

O quadro 27 apresenta o grau de implantação e os escores de classificação do PEL nas unidades.

Quadro 27 - Grau de Implantação do PEL nas Unidades Estudadas *

Componentes	Unidades			
	A	B	C	D
V. Epidemiológica	15,5	16,5	21,5	20,0
Prevenção	20,5	12,5	14,0	12,5
Assistência farmacêutica	16,5	11,5	16,5	11,5
Gestão	20,0	12,0	18,0	15,0
Grau de implantação	72,5	52,5	70,0	69,0
Classificação	Aceitável	Insatisfatória	Aceitável	Insatisfatória

*Escore: Abaixo de 50 = crítico; 69 – 50 = insatisfatório; 79 – 70 = aceitável; 100 – 80 = satisfatório.

Considerando-se o resultado alcançado pelas unidades em relação ao grau de implantação do PEL, observou-se que nenhuma foi considerada como satisfatória a implantação das ações. Verifica-se que não existe homogeneidade entre as unidades em relação aos valores dos componentes técnicos gerenciais. A unidade A obteve a maior pontuação em gestão; já a unidade C alcançou a maior pontuação em vigilância epidemiológica, seguida da unidade D. A unidade B obteve as menores pontuações em prevenção, assistência farmacêutica e gestão e no componente vigilância epidemiológica recebeu uma pontuação maior que a unidade A, que ficou classificada como aceitável. Observa-se ainda, que nenhuma das unidades foi considerada crítica a implantação do PEL.

4.4. Qualidade das ações de eliminação da hanseníase

A qualidade das ações do PEL foi abordada de forma restrita considerando o pequeno número de observações. O estudo permitiu trabalhar em três perspectivas em relação à qualidade das ações oferecidas aos usuários e pacientes: 1) Perfil dos profissionais envolvidos nas atividades em relação a treinamentos e capacitações; 2) Satisfação e julgamento dos usuários sobre o serviço e 3) Presença das informações exigidas pelo programa nos prontuários dos pacientes.

4.4.1 Qualidade das ações do PEL considerando-se o perfil dos profissionais em relação a treinamentos e capacitações.

O MS preconiza que, o tratamento integral do doente de hanseníase deve ser efetuado com a PQT/OMS e acompanhamento do caso, visando diagnosticar e tratar intercorrências que possa surgir durante ou após o tratamento, bem como prevenir e/ou tratar incapacidades e deformidades físicas provocadas pela doença. Portanto, espera-se que os profissionais envolvidos nas atividades do PEL estejam devidamente treinados e capacitados para realizarem todas as atividades pertinentes.

Foram entrevistados os profissionais médicos que atuam nas cinco unidades estudadas e realizam ações de controle de hanseníase, no total foram entrevistados cinco médicos. Esclarece-se que todas as entrevistas proposta foram realizadas dentro da disponibilidade de tempo dos entrevistados e obedecendo a resolução do Conselho Nacional de Ética na Pesquisa. Ressaltar-se que não houve dificuldade para se entrevistar os profissionais, os pesquisadores foram recebidos com cortesia e as informações dadas com total transparência.

O quadro 28 mostra a distribuição dos entrevistados, segundo sexo, formação e tempo de formado.

Quadro 28 – Distribuição dos médicos, por sexo, formação e tempo de formado.

Unidades	Sexo	Formação	Tempo de formação
A	Feminino	dermatologista	17 anos
B	feminino	dermatologista	09 anos
C	feminino	Pediatra	26 anos
D	masculino	dermatologista	25 anos
E	feminino	clínica geral	15 anos

Dos cinco médicos entrevistados, quatro são mulheres. Em relação à formação, observa-se que três são dermatologistas. Quanto ao tempo de formação todos os entrevistados tem mais de cinco anos de formados o que ajuda na experiência profissional. O atendimento ao portador de hanseníase pode ser feito por médicos generalistas treinados, mas nas unidades de referência para o nível secundário existe o dermatologista.

A inclusão da hanseníase como hipótese diagnóstica deve ser adotada pelos médicos que atuam nas unidades básicas da rede básica, considerando-se que Manaus é município endêmico da doença. O quadro 29 mostra a distribuição dos médicos em relação à inclusão da hanseníase como hipótese diagnóstica nas consultas dos pacientes que apresentam sinais e sintomas semelhantes aos da doença, observa-se que todos responderam *sim*. Quanto à dificuldade dos profissionais para diagnosticar um caso como hanseníase, dois entrevistados responderam *sim*.

Quadro 29 – Distribuição dos médicos segundo inclusão da hanseníase como hipótese diagnóstica e a dificuldade em diagnosticar a hanseníase

Unidades	Inclui hanseníase como hipótese diagnóstica	Dificuldade em diagnosticar hanseníase
A	sim	não
B	sim	não
C	sim	não
D	sim	sim
E	sim	sim

No cruzamento das informações sobre formação profissional e dificuldade para diagnosticar casos de hanseníase (quadro 30), observar-se que um dos entrevistados que respondeu *sim*, não é especialista em dermatologia. Outro entrevistado que respondeu *sim*, é dermatologista e formado há 25 anos. Vale esclarecer que, o mesmo justificou que sua dificuldade em diagnosticar a hanseníase era devido à falta de condições das instituições no apoio para referenciar os casos de difícil diagnóstico. Portanto, dificuldade encontra-se na operacionalização do sistema de referência do nível primário para o secundário e terciário.

Quadro 30 - Formação dos médicos relacionada à dificuldade em diagnosticar a hanseníase

Unidade	Formação profissional	Dificuldade diagnosticar hanseníase
A	Dermatologista	Não
B	Dermatologista	Não
C	Clínica e pediatra	Não
D	Dermatologista	Sim
E	Clínica geral	Sim

Quanto aos incentivos que os profissionais receberam da instituição para participarem de eventos ligados ao controle da hanseníase em Manaus, observa-se que dos cinco entrevistados, três informaram que foram motivados a participar de treinamentos e seminários e participaram dos eventos. Os entrevistados das Unidades B e E, informaram que não receberam incentivos para participarem de nenhum evento. O entrevistado da Unidade D informou que participou somente da Campanha. Vale esclarecer que todos os envolvidos nas campanhas recebem treinamento prévio promovido pela FUAM. A capacitação dos profissionais é um forte indicador de qualidade do serviço, todos deveriam participar de eventos relacionados ao controle da endemia.

Quadro 31 - Incentivo à participação em eventos relacionados ao controle da hanseníase

Unidades	Incentivo para participar de eventos	Participou do evento	Tipo de evento
A	Sim	Sim	Seminário, reunião técnica, supervisão.
B	Não	Não se aplica	Não se aplica
C	Sim	Sim	Treinamento
D	Sim	Sim	Campanha
E	Não	Não se aplica	Não se aplica

Observou-se que as atividades do PEL executadas pelos médicos nas unidades estudadas estão voltadas somente para a consulta, entrega da medicação e orientações para a continuidade do tratamento, enquanto ações como, educação em saúde com o paciente, família e comunidade, vigilância epidemiológica são pouco contempladas, nem há envolvimento mais expressivo desses profissionais com essas ações.

Verificamos ainda que as unidades onde os médicos e somente os técnicos realizam as atividades de controle da hanseníase têm um maior número de pacientes em tratamento. A presença do especialista na unidade atrai maior número de usuários, pois a procura por atenção

em dermatologia é grande e essas unidades têm maior poder de resolutividade, evitando-se assim o deslocamento do paciente a outras unidades em busca de diagnóstico.

De fato, as unidades em que somente o técnico de nível médio treinado executa as ações do PEL, o número de pacientes é menor. Já nas unidades que se integram ao PACS e PSF a quantidade de pacientes cadastrados aumenta, sendo maior que nas unidades com o clínico e técnico de nível médio. Isto confirma a tendência atual do controle da hanseníase a manter a integração das unidades com esses programas, dado que o acompanhamento do doente no seu domicílio é fundamental a adesão ao tratamento.

4.4.2. Qualidade da assistência na opinião dos pacientes e usuários

Entrevistaram-se 27 pessoas, sendo 17 pacientes cadastrados no PEL e 10 usuários que compareceram às cinco unidades por outros motivos. Para as entrevistas aplicaram-se dois tipos de formulários. Um dos questionários (anexo 6) com perguntas para pacientes em tratamento e outro (anexo 07) com perguntas semelhantes as formulário de pacientes. De modo que, algumas tabelas somam 17 entrevistados e outras 27.

As perguntas aos pacientes estão relacionadas ao período de tratamento e constam dos seguintes itens: 1) gasto com transporte quando se desloca para a unidade de saúde; 2) com alimentação enquanto aguarda atendimento, 3) tempo de espera antes do atendimento; 4) disponibilidade de lugares para os pacientes ficarem sentados enquanto aguardam sua vez para o atendimento; 5) Acesso à água filtrada para ingerir a dose supervisionada; 6) Atenção dos funcionários da unidade; 7) Atendimento pelo mesmo médico; 8) Facilidade para remarca consultas médica quando não comparece no dia marcado; 9) Melhora da saúde após o tratamento. Foram distribuídas nas tabelas abaixo.

A Tabela 16 apresenta a distribuição dos pacientes cadastrados no programa segundo faixa etária e sexo. Observa-se que a maioria dos entrevistados é do sexo masculino e pertence à faixa de 30 a 69 anos.

Tabela 16 - Distribuição dos pacientes entrevistados nas unidades estudadas segundo faixa etária

Faixas etárias	Frequências		
	Nº	masculino	feminino
16 - 29	02	01	01
30 - 49	06	03	03
50 - 69	07	07	0
70 e mais	02	01	01
Total	17	12	05

A Tabela 17 mostra a distribuição dos pacientes e usuários segundo o gasto financeiro para o deslocamento dos mesmos até a unidade de saúde. A tabela denota que 77,8% dos entrevistados não gastam com transporte e 18% gastam até 5,0 reais. Este dado visualiza a importância da descentralização das ações para os bairros, evitando-se a falta ou abandono do tratamento por falta de dinheiro para o transporte.

Tabela 17 - Distribuição dos pacientes e usuários entrevistados segundo o valor gasto com transporte para deslocamento até a unidade

Valor gasto	Frequência	%
Nada gasta	21	77,8
Gasta até 5 reais	5	18,5
Gasta até 10 reais	1	3,7
Gasta acima de 10 reais	0	0
total	27	100

A tabela 18 se refere à distribuição dos entrevistados segundo a opinião dos mesmos em relação à disponibilidade de assento para todos enquanto aguardam o atendimento.

Tabela 18 - Distribuição dos pacientes, segundo opinião, da disponibilidade de assento enquanto aguardam atendimento

Respostas	Frequência	%
Somente para alguns	05	29,41
Há lugar para todos	12	70,58
Total	17	100

A tabela mostra que 70% dos entrevistados responderam que há assento. Vale esclarecer que nas primeiras horas de funcionamento da unidade existe uma grande concentração de pessoas aguardando o atendimento, o que gera a falta de lugar para todos, o que se reflete nas respostas negativas.

A disponibilidade de água potável na unidade é necessária para que seja administrada a dose supervisionada da PQT ao paciente. A tabela 19 mostra que a maioria dos pacientes respondeu que não sabia se a água era filtrada.

Tabela 19 - Distribuição dos pacientes segundo opinião se recebeu água tratada

Respostas	Frequência	%
Recebe	06	35,0
Não recebe	01	5,0
Não sabe	10	58,0
Total	17	100,0

A tabela 20 mostra a distribuição dos pacientes quanto à opinião sobre como são tratados pelos funcionários. Observa-se que a maioria respondeu que são tratados com respeito e atenção pelos profissionais da dermatologia.

Tabela 20 - Distribuição dos pacientes segundo opinião da atenção e respeito dos funcionários

Tipo de respostas	Frequências	%
Às vezes	1	5,88
Não	1	5,88
Sim	15	88,23
Total	17	100

Na tabela 21 temos a distribuição dos entrevistados segundo o atendimento pelo mesmo médico durante o tratamento. Verificou-se que 82,0 % responderam que foram atendidos pelo mesmo médico, o que contribui na construção do vínculo do paciente com o médico; sendo assim um ponto positivo para a humanização do atendimento.

Tabela 21 - Distribuição dos pacientes segundo atendimento pelo mesmo médico

Respostas	Frequência	%
Não	2	11,8
Ainda não se consultou	1	5,9
Sim	14	82,4
Total	17	100

Na tabela 22 observa-se a distribuição dos entrevistados segundo a facilidade em remarcar a consulta quando não comparecem na data agendada. Observa-se que a maioria não teve dificuldade para remarcar o retorno. É um aspecto positivo que demonstra a facilidade de acesso, contribuindo para evitar-se abandono do tratamento.

Tabela 22 - Distribuição dos pacientes conforme a facilidade em remarca consultas quando não comparecem na data agendada.

Respostas	Frequência	%
Nunca aconteceu	07	42,0
Não	01	6,0
Sim	09	53,0
Total	17	100

A tabela 23 mostra a distribuição dos entrevistados segundo a melhora da saúde após o tratamento, verifica-se que 88,2% dos entrevistados responderam que houve melhora do estado de saúde após o tratamento, o qual mostra a eficiência do tratamento com a PQT/OMS.

Tabela 23-Distribuição dos pacientes segundo opinião quanto à melhora da saúde após tratamento

Respostas	Frequência	%
Melhorou	15	88,2
Não melhorou	2	11,8
Total	17	100

A tabela 24 apresenta a distribuição dos usuários entrevistados sobre a opinião se recebeu informação sobre a hanseníase. Observa-se que 60,0% dos entrevistados afirmaram que nunca receberam informações sobre a hanseníase. Esse resultado veio confirmar que as atividades de educação em saúde não são realizadas nas unidades estudadas. Considerando-se que essas ações são importantes no combate ao preconceito e estigma da doença junto à população, deve-se aproveitar o tempo de espera para consultas para realizar atividades educativas.

Tabela 24 – Distribuição dos usuários, segundo opinião se recebeu informações sobre hanseníase.

Informações sobre hanseníase	Frequência	%
Nunca recebeu informação	06	60,0
Recebeu alguma informação	03	30,0
Não lembra	01	10,0
Total	10	100

4.4.3 Presença das informações exigidas pelo programa nos prontuários dos pacientes

Os registros em saúde possuem um significado vital para as unidades de saúde. O registro completo em prontuário é um forte indicador para avaliar a qualidade do serviço, uma vez que a falta de registros dificulta o acesso às informações sobre as ações que foram realizadas e conseqüentemente a análise da qualidade das ações prestadas, uma vez que não existindo os registros não é possível aferir-se os procedimentos realizados.

Segundo a legislação vigente sobre registro em saúde, o prontuário do paciente deve conter a sua identificação pessoal, o seu endereço, e registros de informações clínicas e epidemiológicas obtidas durante o processo de diagnóstico da hanseníase e durante seu tratamento integral, a alta por cura e eventuais intercorrências após a alta. Deve conter ainda informações relacionadas a outros atendimentos.

A tabela 25, o número de prontuários examinados por unidade. Ao todo foram 26 prontuários, sendo oito da Unidade A, cinco das Unidades B, C e D e três da Unidade E (módulo do PSF).

Tabela 25 – Quantidade de prontuários estudados por Unidade

Unidades	Nº de prontuários	%
Unidade A	08	30,0
Unidade B	05	19,2
Unidade C	05	19,2
Unidade D	05	19,2
Unidade E	03	11,5
Total	26	100

O formulário de análise de prontuário consta de 27 itens. Vale esclarecer que não foi possível avaliar todos os itens dos prontuários dos pacientes em continuidade de tratamento. Assim foram avaliados **23** itens.

Os prontuários foram examinados de acordo com os itens que obrigatoriamente devem constar no prontuário do paciente de hanseníase, colocando-se *sim, não e ilegível*, Foram analisados os seguintes itens:

1) Identificação do paciente:

1.1) Nome completo, 100% dos prontuários estavam com a identificação do paciente de forma legível;

1.2) Data do nascimento, todos os prontuários tinham essa informação.

1.3) Endereço atualizado e com referência do endereço. Neste item, todos os prontuários estavam preenchidos com o endereço, mas quanto à referência do endereço somente 36,0% dos prontuários registrou o dado.

2) Anamnese:

2.1) Descrição dos sinais e sintomas, 90% dos prontuários registraram esse dado;

2.2) História de tratamento anterior, 42% citaram a realização de tratamento anterior de hanseníase;

2.3) Doença associada, somente 19,23% dos prontuários registraram essa informação;

2.4) Alergia a medicamentos, verificou-se que nenhum dos prontuários avaliados foi registrado se o paciente é alérgico a algum medicamento;

2.5) Exame de pele, em 77% prontuários havia o registro dessa informação;

2.6) Exame de troncos nervosos. Verificou-se que 42,3% prontuários não registraram se o exame foi realizado;

2.7) Grau de Incapacidade observou-se que em 23% dos prontuários não havia registro sobre a incapacidade física;

2.8) Mapeamento da sensibilidade das mãos e pés verificou-se que 15,3% prontuários avaliados não registraram esse dado;

2.9) No exame dos olhos, em 11,5% dos prontuários não havia nenhum registro dessa informação sendo que 15,38% desses prontuários são de uma mesma unidade;

2.10) Em relação ao registro da classificação operacional, em todos os prontuários (100%) havia o registro deste dado.

3) Nos itens relacionados ao tratamento:

3.1) Em todos os prontuários havia registro do esquema de tratamento e as doses mensais;

3.2) Ocorrências durante o tratamento, em sete prontuários (26,92%) não havia registro de ocorrências;

3.3) No registro de resultados de exames realizados, oito prontuários (30,76%) sem esse registro.

4) Em relação aos itens relacionados à alta terapêutica não foi possível avaliar com precisão, uma vez que, a maioria dos prontuários, era de pacientes que ainda estavam em tratamento;

5) No item relacionado a datas, todos os prontuários aferidos estavam com data do registro;

6) Em relação às assinaturas dos profissionais, cinco prontuários (19,23) estavam sem assinatura do profissional que fez o atendimento;

7) Orientações individuais, aspecto social e emocional, oito prontuários, ou seja, 30,76% estavam sem registro de orientação individual e familiar, somente em seis prontuários (23,07%) havia informação sobre aspectos sociais.

8) Em relação aos registros das questões emocionais somente em 15,381% dos prontuários foi encontrado esse tipo de registro.

Ressaltamos a importante para as ações de controle da hanseníase o registro do nome dos contatos intradomiciliares e as condutas relacionadas a eles (ex: exames dermatoneurológico, aplicação de BCG).

Os registros de orientação individual e familiar, as questões sociais e emocionais são importantes para o acompanhamento da adesão do paciente ao tratamento. Os procedimentos realizados também devem ser registrados, datados e assinados.

Observou-se que em todos os prontuários examinados faltava uma grande quantidade de informações. Esse resultado mostra uma parcela da realidade dos serviços de saúde onde se constata o pouco interesse que os profissionais têm pelos registros em prontuários de unidades básicas de saúde. Alguns não registram além dos nomes dos medicamentos prescritos.

Ressaltamos que este estudo abordou vários itens, tais como as ações do PEL realizadas através da gerencia municipal; as ações desenvolvidas pelas unidades básicas, o perfil dos médicos que atuam nessas unidades, qualidade das ações na opinião dos usuários e qualidade dos registros em prontuário. Os resultados obtidos mostram que o PEL em Manaus, com base nas ações estratégicas e operacionais que estão sob a responsabilidade da gerencia municipal de saúde, foi insatisfatório o que significa que essas ações ainda não estão implantadas como preconiza o MS.

Quanto às atividades realizadas nas unidades, verificou-se que nenhuma das unidades foi satisfatória a implantação do PEL. Verificou-se ainda presença do especialista em três unidades, mas na unidade onde as atividades são desenvolvidas pelo clínico e o enfermeiro, obteve a maior pontuação no componente vigilância epidemiológica.

Em relação à qualidade das ações considerando-se o perfil dos profissionais destaca-se a importância da capacitação desses profissionais para executarem as atividades do PEL. Em relação à qualidade das ações na opinião do usuário destaca-se a maioria dos entrevistados considerou o atendimento respeitoso. Observou-se o vínculo do paciente com o serviço.

Quanto à qualidade dos registros, verificou-se que os profissionais não registram todas as informações requeridas pelas ações de eliminação da hanseníase. A falta desses registros nos prontuários dos pacientes dificulta a utilização dos mesmos, como fonte para pesquisas científicas e avaliação da qualidade da assistência prestada a população. Observa-se a total falta de compromisso dos profissionais com esta atividade que é de extrema importância também para a consolidação dos dados para o Sistema de Informações em Saúde.

CONCLUSÃO

Este estudo se propôs a responder três perguntas: *As ações de controle da hanseníase para o alcance da meta proposta pelo PEL estão implantadas? As ações de controle da hanseníase presente nas unidades estão conforme as diretrizes nacionais? Existe qualidade nas ações oferecidas?*

Para responder essas questões realizou-se o estudo de análise de implantação das ações do PEL no município de Manaus, a metodologia utilizada foi o estudo de caso com a construção do Modelo Lógico do programa. Os componentes estudados foram: vigilância epidemiológica, assistência farmacêutica, prevenção e gestão, nas suas dimensões estratégicas de estrutura, processo e produto. A pertinência da pesquisa é válida, uma vez que, apesar dos investimentos para o alcance da meta de eliminação da hanseníase o município de Manaus continua como área endêmica da hanseníase segundo os parâmetros da OMS. Os dados epidemiológicos revelaram que em 2002, os coeficientes de detecção e prevalência foram respectivamente 4,27/10.000 habitantes e 6,0/10.000 habitantes, mostrando que não se alcançou a meta de eliminação que é menos de um caso para 10.000 habitantes.

Verificou-se que, no início do processo de descentralização, a implantação das ações do PEL nas unidades ocorreu através de parceria da FUAM com os diretores das unidades. Houve várias tentativas de consolidar a implantação dessas ações nas unidades básicas de saúde. O processo foi longo, mas a partir do momento que as equipes das unidades tornaram-se responsáveis pelas ações de controle e eliminação da hanseníase essas ações começaram a ser implantadas definitivamente.

O estudo identificou que, apesar dos esforços empregados na implantação do PEL, no município, os quatro componentes estudados (vigilância epidemiológica, prevenção, assistência farmacêutica e gestão) foram considerados não satisfatórios.

Os componentes mais problemáticos foram: a assistência farmacêutica e a prevenção. A assistência farmacêutica despontou como o componente de menor nível de implantação. Na prevenção observa-se que os principais fatores que prejudicaram sua implantação estão relacionados com a falta de destinação de recursos financeiros para as ações educativas. As atividades de gestão e vigilância epidemiológica são as que obtiveram as maiores pontuações em relação à estrutura. A dimensão de processo é a que mais evidenciou problemas para todos os componentes do programa. Identificou-se ainda que a vigilância epidemiológica pouco tem sido aproveitada como instrumento de planejamento e monitoramento das ações.

Em relação às unidades estudadas, os achados do estudo demonstraram que as mesmas não executam todas as atividades preconizadas nas diretrizes nacionais. Identificou-se ainda a

falta de integração das unidades com as equipes do PSF/PACS nas atividades, o que poderia ser de grande valor essa integração, principalmente para realizarem busca de faltosos e abandonos e suspeição diagnóstica.

Em relação à qualidade das ações considerou-se o perfil dos profissionais, a satisfação do usuário e a qualidade dos registros. Verificou-se que as ações continuam centradas no especialista em dermatologia. Observou-se que a presença do especialista gera aumento da demanda de pessoas que procuram o serviço de saúde com outras dermatoses, aumentando a demanda reprimida e prejudicando o acesso de pessoas que podem ser doentes de hanseníase.

Quanto à qualidade do serviço na visão do usuário, observou-se que os pacientes têm prioridade no atendimento, depois de diagnosticada a doença e que o tratamento com a PQT/OMS é eficiente. Mas, a dificuldade encontrada é quanto à referência dos casos de difícil diagnóstico. A situação também é crítica em relação ao controle do contato intradomiciliar, uma vez que não é priorizado o agendamento de exame dos contatos e vacinação com duas doses de BCG.

Quanto à qualidade dos registros das informações esse estudo identificou ser deficiente. Observou-se que os registros nos prontuários e nas fichas de investigação epidemiológica são incompletos, prejudicando a consolidação dos dados.

Portanto, conclui-se que o grau de implantação do programa de eliminação da hanseníase no município apresenta-se no nível insatisfatório no município e, de fato, nas unidades o grau de implantação encontrado ficou entre os níveis aceitável e insatisfatório.

A partir desses resultados pode-se inferir que controle hanseníase no município de Manaus necessita de estratégias para otimizar as ações preconizadas pelo Ministério da Saúde, uma vez que a nova lógica de controle da endemia não depende de um grande aparato tecnológico e pode ser implantada em todas as unidades de saúde, garantindo assim o acesso irrestrito ao portador de hanseníase.

RECOMENDAÇÕES

Considerando os achados do estudo e o compromisso do mesmo em colaborar com as ações de eliminação da hanseníase elaborou-se um elenco de recomendações por componente estudado, que podem ajudar a reverter a atual situação da hanseníase no município de Manaus.

Recomendações para a gerência municipal

Em relação ao componente vigilância epidemiológica:

- 1) Monitorar a tendência da doença através da análise dos dados epidemiológicos;
- 2) Realizar a busca ativa de casos em áreas silenciosas;
- 3) Envolver outros profissionais nas ações de controle de hanseníase (médicos generalistas, enfermeiros, assistentes sociais, farmacêuticos e outros);
- 4) Integrar as equipes do PSF e PACS.

Em relação ao componente prevenção

Prever recursos para as atividades educativas;

Produzir material educativo com enfoque na realidade local para o combate ao estigma e preconceito;

Realizar campanhas educativas nas escolas e na comunidade;

Divulgar nos meios de comunicação local informações sobre a hanseníase;

Em relação ao componente assistência farmacêutica

Envolver o profissional farmacêutico no controle da qualidade e armazenagem adequada dos medicamentos.

Em relação ao componente gestão

Treinar recursos humanos conforme as diretrizes do MS;

Envolver o Conselho Municipal de Saúde nas discussões do Plano de Ação do PEL;

Supervisionar e cobrar dos profissionais das unidades o preenchimento completo e correto das fichas de notificação e os registros nos prontuários dos usuários;

Devolver para o nível local através de boletins informativos o consolidado das informações produzidas pelas unidades;

Utilizar o SAI/SUS e SIGAB para realizar o planejamento das ações;

Promover a integração das unidades básicas de saúde (Centro de Saúde e Casa de Família) e;

Recomendações para as unidades de saúde:

- 1) Fazer controle de todos os contatos domiciliares, verificando o comparecimento nas unidades para realizar o exame dermatológico e verificar a situação vacinal dos mesmos.
- 2) Integrar os ACS nas ações de vigilância epidemiológica da hanseníase.
- 3) Elaborar plano de ação.
- 4) Promover atividades de educação em saúde nas escolas, centros comunitários, igrejas e outros locais.
- 5) Manter cartões de agendamento das consultas.

Sugere-se ainda que ações de eliminação da hanseníase devam ser implantadas nas unidades básicas de saúde, a partir da elaboração do diagnóstico da situação epidemiológica da doença na sua área de abrangência, e das condições operacionais da unidade e mediante o planejamento participativo, envolvendo os profissionais que atuam nas unidades, as parcerias (escolas, grupos comunitários, pastoral da saúde, e outros).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMAZONAS. Superintendência de Saúde do Estado. 1997. Instituto de Dermatologia Tropical e Venereologia Alfredo da Matta. “*Instituto Alfredo da Matta*” *ontem e hoje: uma história de saúde pública (1995 – 1997)*. Manaus: IDTVAM, 1997.
- ANDRADE, V. L. G., 1996. *Evolução da hanseníase no Brasil e perspectivas para sua eliminação como um problema de saúde pública*. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública /FIOCRUZ.
- AQUINO, D. M. C.; SANTOS, J. S. & COSTA, J. M. L., 2003. Avaliação do Programa de controle da hanseníase em um município hiperendêmico do Estado do Maranhão, Brasil, 1991 – 1995. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro. v. 19(1): p. 119-125.
- BRAGA, C. A. V., 1994. *Hanseníase no Estado do Amazonas Estudo das Características Epidemiológicas da Hanseníase no Município de Lábrea*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública /FIOCRUZ.
- BRASIL, 1989. *Controle da hanseníase: uma proposta de integração ensino-serviço*. Brasília: Ministério da Saúde, Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária.
- _____, 1999. Portaria nº 1399, de 15 de dezembro de 1996. Regulamenta a NOB/96 no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de epidemiologia e controle de doenças, define a sistemática de financiamento e outras providências, Brasília; Ministério da Saúde.
- _____, 1994. Avaliação Independente do Programa Nacional de Controle de Eliminação da Hanseníase, Brasília: Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde/ Coordenação Nacional de Dermatologia Sanitária.
- _____, 2000. *Legislação sobre o Controle da Hanseníase no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde/Área Técnica de Dermatologia Sanitária
- _____, 2001a Portaria nº 95 de 26 de janeiro de 2001. Aprova na forma de anexo a Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/2001 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica. Brasília: Diário Oficial da República nº 20 , 29 de jan.
- _____, 2001b. *Guia para utilização de Medicamentos e Imunobiológicos na Área de Hanseníase*. Brasília: Ministério da Saúde.
- _____, 2001c *Hanseníase – Atividades de Controle e Manual de Procedimentos*. Brasília. Ministério da Saúde /Área Técnica de Dermatologia Sanitária.
- _____, 2002a. Guia para o Controle da Hanseníase – *Cadernos de Atenção Básica nº 10*. Brasília: Ministério da Saúde.
- _____, 2002b. *O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes*. Brasília. Ministério da Saúde /Conselho Nacional de Saúde.

- DONABEDIAN, A., 1985. *La calidad de la atención médica. Definición y método de evaluación*. The University of Michigan, EUA.
- CDC., 1999. *Framework for Program Evaluation in Public Health*. US Department of Health & Human Services, Atlanta.
- CLARO, L.B.L., 1995. *Hanseníase – Representação sobre a doença*, Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J.L.; & PINEAULT, R., 1997. Avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In *Avaliação em saúde dos modelos conceituais à prática na análise de programas* (Z..M de A. Hartz, org), p 29 – 47, Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; POTWIN, L.; DENIS, J.L. & BOYLE, P., 1999. *Saber preparar uma pesquisa*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO.
- CUNHA, G. S., 2001, *Episódios Reacionais e Relação com Recidiva de Doentes de Hanseníase Tratados com Diferentes Esquemas Terapêuticos*. Ribeirão Preto, Tese de Doutorado Universidade de São Paulo/ Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto.
- DENIS, J. L. & CHAMPAGNE, F., 1997. Análise da Implantação. In: *Avaliação em saúde dos modelos conceituais a prática na análise de programas* (Hartz, Z..M de A. org), pp 29 – 47, Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- FELISBERTO, E., 2001. *Avaliação do Processo de Implantação da Estratégia da Atenção Integrada às doenças prevalentes da Infância (AIDPI) no Programa Saúde da Família (PSF) no estado de Pernambuco, período de 1988 a 1999*. Dissertação de Mestrado. Recife. Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães/ FIOCRUZ.
- FOGOS, A. R. *et al.*, 2000. Análise dos motivos para o abandono do tratamento – o caso dos pacientes hansenianos da Unidade de Saúde em Carapina/ES. *Hansenologia Internationalis*: São Paulo. Instituto Lauro de Souza Lima. 25(2) 147-156 pp.
- GOLDENBERG, M., 1998. *A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais*. Rio de Janeiro: Record. Pagina 33.
- HARTZ, Z.M.A. & POUVOURVILLE, G., 1998. Avaliação dos Programas de Saúde: A Eficiência em Questão. *Ciência & Saúde Coletiva*. v 3(1). p. 68 – 82.
- HARTZ, Z.M.A., 1999. Avaliação dos Programas de Saúde: Perspectivas Teóricas Metodológicas e Políticas Institucionais. *Ciência & Saúde Coletiva* 4 (2) p 341-352.
- HARTZ, Z.M.A., CHAMPAGNE, F., CONTANDRIOPOULOS, A.P, & LEAL, M.C., 1997. Avaliação do Programa Materno-Infantil: Análise de Implantação em Sistemas Locais de Saúde no Nordeste do Brasil. In: *Avaliação em saúde dos modelos conceituais a prática na análise de programas* (Hartz, Z.M.A. de A. org,) Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p. 89–125.
- HELENE, L.M.F. & SALUN, M. J. L., 2002. A reprodução social da hanseníase: um estudo do perfil de doentes com hanseníase no Município de São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro. V. 18 p. 101.

- IBAÑEZ, L. S., 1986. *Alternativas Libertadoras para Erradicação da Hanseníase*. Universidade Federal do Amazonas. Manaus. Mimeo.
- LANA, F. C. F.; LIMA R. F.; ARAUJO, M. G. & FONSECA, P. T.S., 2000. Situação epidemiológica da hanseníase no município de Belo Horizonte - Minas Gerais, período 1992-1997. *Hansenologia Internationalis*. v. 25(2) p. 121-123.
- LECHAT, M. F., 1985. Control Programs in Leprosy. In *Medicine in the Tropics* (Jacinto Convit, org). New York United of. America by Churchill levingstone.
- MARCONI, M. A. & LAKATOS, E. M., 2002. *Técnicas de Pesquisa: Planejamento e Execução, Amostragem e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados* São Paulo. Atlas.
- MATTOS, H. J., 2000. *Modelagem de Dados Epidemiológicos de Contato de Hanseníase em uma coorte Acompanhada na Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro entre 1987 a 1998*. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ.
- MEDINA, M. G; AQUINO, R. & CARVALHO, A. L. B., 2000. *Avaliação da Atenção Básica: Construindo novas ferramentas para o SUS. Divulgação em Saúde para Debate*. Rio de Janeiro: n. 21 p. 15-28.
- MENDES, M. F. M., 2001. *Avaliação da Implantação dos Núcleos de Epidemiologia em Hospitais de Alta Complexidade da Rede Pública de Saúde no Recife – PE*. Dissertação de Mestrado, Recife: Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães/FIOCRUZ.
- MIRANDA, C. A. S., 1999. *Hanseníase - o Impacto da Representação Social e a Crise Identitária*: João Pessoa: Editora Universidade Federal da Paraíba.
- MOREIRA, T. M. A., 1997. *As Campanhas de Hanseníase no Brasil*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ.
- _____. 2002. *Estudo de Caso da Descentralização das Ações Programáticas de Hanseníase*. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ.
- MUNHOZ-Jr., S.; FONTES., C. J. F. & MEIRELLES, S. M. P., 1997. Avaliação do Programa de Controle da Hanseníase em municípios matogrossenses, Brasil. *Revista de Saúde Pública*. 31(3), p. 282.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MANAUS. 2002. Relatório de Gestão. Departamento de Planejamento: Manaus. Mimeo.
- NOORDEEN, S.K., 1995. The epidemiology of leprosy. In: *Medicine in the Tropics* (Jacinto Convit, org). New York United of. America by. P. 15-30.
- NETO, J. M. P.; VILLA, T. C. S. ; OLIVEIRA, M. H. P. ; BARBEIRA, C. B. S., 2000. O controle dos comunicantes de hanseníase no Brasil: uma revisão de literatura. *Hansenologia Internationalis*, 25 (2): 163 – 176.

- NOVAES, M. D., 2000. Avaliação de programas. Serviços e tecnologias em saúde. *Revista de Saúde Pública*, 5: p 547 – 559.
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAUDE. 1998. Hanseníase Hoje – Boletim: Eliminação da Hanseníase nas Américas. Divisão de Prevenção e Controle de Doenças Transmissíveis: Programa de Doenças Transmissíveis, nº 6 novembro de 1998.
- _____. 1999. Boletín – Eliminación de la lepra de las Américas. División de Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles (HCT): Programa de Enfermedades Transmisibles, nº 7, diciembre de 1999..
- PASSOS, D. J., 1993. *Avaliação Operacional do Tratamento da Hanseníase: Estudo realizado no Instituto de Dermatologia Tropical e Venereologia Alfredo da Matta nos Casos Diagnosticados em 1988*. Monografia. Manaus: NESP/ENSP/FIOCRUZ.
- PEREIRA, G.,F.,M. 1999. *Características da Hanseníase no Brasil: Situação e Tendência no período de 1985 a 1996*. Tese de Mestrado. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina
- QUEIROZ, M. de S. & PUNTEL. M.A. 1997. A endemia hanseníase: uma perspectiva multidisciplinar. Rio Janeiro: Editora Fiocruz.
- SABROZA, P. C; SANTOS, E. M.; ANDRADE, V. & HARTZ, Z. , 2000. Linhas de pesquisas operacionais na área de hanseníase no âmbito da vigilância em saúde - uma proposta. *Hansenologia Internationalis*: São Paulo 25 (2): 143 – 146.
- SABROZA, P. C.; TOLEDO, L. M. & OSANAI, C. H., 1992 A Organização do Espaço e os Processos Endêmicos-Epidêmicos. In: *Saúde Ambiente e Desenvolvimento*. (LEAL, M. C. & et al . org.): São Paulo: HUCITEC – ABRASCO. Vol, 2. p 56-77.
- SOUZA-ARAÚJO, H.C., 1956. História da Lepra no Brasil: *Período Republicano 1890-1952*. Volume III. Imprensa Nacional, Rio de Janeiro.
- TALHARI, S; CRUZ, C., A V. & CARNEIRO, I. C. R. 1992. Hanseníase. Doenças Infecciosas e Parasitárias. *Enfoque Amazônico*.
- TALHARI, S. & NEVE, R.,G., 1997. Dermatologia - Tropical Hanseníase.
- VELLOSO, A. P. & ANDRADE, V. 2002. Hanseníase - Curar para eliminar. Porto Alegre: edição das Autoras.

ANEXO 01

**Projeto “Avaliação do Programas de controle de Hanseníase no município de Manaus”
FIOCRUZ/UFUAM**

**“INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS - GERÊNCIA DO PROGRAMA HANSENÍASE”.
“Secretaria Estadual de Saúde”**

UF: _____

1. Cargo do entrevistado: _____
2. Categoria profissional: _____
3. Tempo de atua no programa: _____

Entrevistador: _____

Data: ____/____/____

4. Quais as atividades desta gerência
 Assessoria a municípios Treinamento Supervisão
 Análise de dados Outras

5. Descreva:

6. Quantos profissionais atuam nesta gerência: _____
7. O Nº de profissionais existentes é suficiente para as atividades desta gerência
 Sim Não
8. Em caso de Não – Quantos profissionais, a mais, seriam necessários?
9. Esses(s) profissionais (is) seriam para atuar em qual (is) atividade(s) desta gerência?
10. Que categorias profissionais deveriam compor prioritariamente esta gerência:
 Médico Enfermeiro Assistente Social Psicólogo
 Sanitarista Epidemiologista Outros

Descreva:

11. Como o Sr(a) descreveria a situação epidemiológica atual da Hanseníase neste estado? _____
12. Como o Sr(a) descreveria as condições operacionais do programa neste estado?
13. Cite 3 municípios de sucesso no processo de descentralização do programa.
14. Cite 3 municípios críticos no processo de descentralização do programa.
15. As atividades do programa foram contempladas na NOAS Sim Não
16. E na PPI Sim Não
17. E no plano estadual de saúde _ Sim Não
18. Nos últimos 3 anos alguma vez houve a inclusão da Hanseníase na agenda do Conselho Estadual de saúde
 Sim Não Não sei
19. Se **Sim** – Quantas vezes esse tema foi debatido _____
20. O Sr(a) conhece o valor total do orçamento de saúde deste estado nos últimos 3 anos?
 Sim Não
21. O Sr(a) conhece o valor total ou percentual do orçamento de saúde deste estado destinado ao programa de controle de Hanseníase?_ Sim Não
22. Se **Sim** – Participou da definição deste valor ou percentual _ Sim Não
23. Se **Sim** – O valor ou percentual e em relação a sua proposta é
 Superior Inferior Bem próximo
24. É do seu conhecimento que o estado tenha recebido algum suporte financeiro do ministério da Saúde para o programa nos 3 últimos anos? _ Sim Não
25. Se **Sim** – Em que anos: _____, _____, _____
26. Se **Sim** - O Sr (a) participou de alguma avaliação dos benefícios propiciados pôr esses recursos
 Sim Não
27. Quais os municípios do estado que tem as ações de diagnóstico e tratamento de hanseníase Implantada?
28. Em quais desses municípios o diagnóstico e tratamentos estão implantados em todas as unidades da rede básica de saúde?
29. Houve cálculo do número esperado de casos novos de Hanseníase para este estado no ano de 2002?
 Sim Não
30. Se **sim** – Quantos casos novos foram estimados _____(solicitar memória de cálculo)
31. Quais as principais estratégias desta gerência para descentralização das atividades de diagnóstico e tratamento?
 Campanhas Assessoria Incentivos Financeiros Seminários Oficinas Outros
32. Descreva:
33. Esta gerência adota na íntegra as normas do Ministério da Saúde para o Diagnóstico?
 Sim Não

(Se não, solicitar diretriz estadual)

34. Esta gerência adota na íntegra as normas do Ministério da Saúde para o Classificação das formas clínicas?
() Sim () Não

(Se não, solicitar diretriz estadual)

35. Esta gerência adota na íntegra as normas do Ministério da Saúde para o tratamento?
(medicamento /duração do tratamento) () Sim () Não

(Se não, solicitar diretriz estadual)

36. Esta gerência adota na íntegra as normas do Ministério da Saúde para a Avaliação/prevenção /tratamento de incapacidades físicas?
() Sim () Não

(Se não, solicitar diretriz municipal)

37. Esta gerência adota na íntegra as normas do Ministério da Saúde para o Avaliar BCG em contatos?
() Sim () Não

(Se não, solicitar diretriz municipal)

38. Esta gerência adota na íntegra as normas do Ministério da Saúde para o Diagnóstico/classificação e tratamento de estados reacionais?
() Sim () Não

(Se não, solicitar diretriz municipal)

39. Esta gerência adota na íntegra as normas do Ministério da Saúde para o Programa de medicamentos?
() Sim () Não

40. Se **Não**, solicitar para explicitar como é feita

41. Existe controle de qualidade dos medicamentos no estado? () Sim () Não

42. Se **Sim** – Quem realiza?

43. No Estado existem referências para casos de difícil diagnóstico: () Sim () Não

44. Se **Sim**. Qual (is) ?

45. No Estado existem referências para casos reacionais, se necessário: _ () Sim () Não

46. Se **Sim**. Qual (is)

47. No Estado existem referências para casos para confirma de recidiva: _ () Sim () Não

48. Se **Sim**. Qual (is)

49. No Estado existem referências para reabilitação física em nível secundário?

() Sim () Não

50. Se **Sim** – Qual(is):

51. Inclui lesões de extremidades: () Sim () Não

52. Se **Sim** - Qual(is)

53. inclui lesões oculares? () Sim () Não

54. Alguma vez o estado desenvolveu campanha para diagnóstico? () Sim () Não

55. Se **Sim** - Em que anos? _____; _____; _____; _____; _____

56. Existe relatório específico sobre as campanhas, incluindo numero de casos diagnosticados, recupera de faltosos, de abandonos () Sim () Não

(Se sim solicitar (1) exemplar de cada relatório)

57. Houve a participação de algum profissional desta gerência em entrevistas em rádios/jornais/TV no ano 2002
() Sim () Não

58. Se **sim** - Em quantas _____

59. Foram veiculadas mensagens sobre hanseníase no rádio ou TV patrocinadas pelo estado em 2002

() Sim () Não

60. Se **sim**. Tempo de veiculação no ano _____

61. Produção de materiais educativos/informativos como vídeos por iniciativa desta gerência _

() Sim () Não

62. Produção de materiais educativos/informativos como fita cassete por iniciativa desta gerência () Sim

() Não

63. Produção de materiais educativos/informativos como slides por iniciativa desta gerência

() Sim () Não

64. Produção de materiais educativos/informativos como cartilhas por iniciativa desta gerência _

() Sim () Não

65. Produção de materiais educativos/informativos como folder por iniciativa desta gerência

() Sim () Não

66. Produção de materiais educativos/informativos como cartazes por iniciativa desta gerência _

() Sim () Não

67. Existiram recursos no orçamento estadual nos últimos 3 anos para produção de material educativo?

() Sim () Não () Não sabe

68. O programa recebeu nos últimos 3 anos, material educativo /informativo do Ministério da Saúde ?
() sim () não

69. Se **Sim** - Recebeu quantitativo suficiente. () Sim () Não

70. Ano em que recebeu o material: _____

71. Com que periodicidade técnicos desta gerência visitam os municípios?

72. Esta gerência tem parcerias?. () Sim () Não

72.1 Se **Sim**. Quais ?

73. Esta gerência desenvolve alguma atividade de integração com PACS /PSF. () Sim () Não

73.1. Se **Sim**. Quais?

74. Qual o N° de atividades educativas desenvolvidas na comunidade sobre Hanseníase por PACS /PSF em 2002

75. Quantos módulos de PSF no estado fazem diagnóstico e tratamento de Hanseníase

76. Em que aspectos esta gerência tem investido para que os municípios ofereçam assistência de qualidade

77. É do seu conhecimento a existência de estudos desenvolvidos ou em desenvolvimento no estado sobre a representação social da Hanseníase para população em geral : () Sim () Não

78. Se **Sim** Qual a instituição que desenvolveu ou está desenvolvendo?

79. E sobre a representação social para o doente: _ () Sim () Não

80. Se **Sim** - Qual a instituição que desenvolveu ou está desenvolvendo?

81. Existe um plano desta gerência para o Estado _ () Sim () Não

(**Se Sim, solicitar uma cópia**)

82. Se **Sim** – As gerências municipais participaram da elaboração. () Sim () Não

83. Existem reuniões / seminários anuais com as gerências municipais para debater/apresentar a situação da epidemia no estado. () Sim () Não

84. Por que?

“ITENS A SEREM CONFIRMADOS DIRETAMENTE PELO ENTREVISTADOR”

86. Os dados de notificação de casos de hanseníase são incluídos no SINAN _ () Sim () Não

87. Quem faz a inclusão de dados no SINAN? _____

87. Em que ano os dados de Hanseníase passaram a serem incluídos no SINAN? _____

88. Existe um responsável no programa para controle de qualidade de dados () Sim () Não

89. Recebe retro - alimentação do CENEPI. () Sim () Não

90. Faz retro – alimentação para as secretarias dos municípios () Sim () Não

91. Verificar a data do último relatório de saída de registro ativo emitido em 2001: ____/____/____

Verificar existência de formulário estatístico do programa ou qualquer outra ferramenta de monitoramento e avaliação. Se existir recolher modelo.

Verificar se existem relatórios da gerência com séries históricas dos indicadores epidemiológicos e operacionais do programa. Se existir - Recolher (1) exemplar de cada

Solicite cópia, em meio magnético, de todos os dados incluídos no SINAN estadual.

Solicite uma listagem do SINAN dos casos referentes a 2002.

Relacione o código no SINAN dos municípios incluídos nesta avaliação.

Orçamento (fonte: setor de planejamento/orçamento)”

“**2002**”

93...Orçamento saúde municipal em 2001 R\$ _____

94. .Orçamento de todos os programas em 2001 R\$ _____

95. Orçamento o programa de Hanseníase em 2001 R\$ _____

96. Orçamento Hans / educação em 2001R\$ _____

97. .Orçamento Hans / treinamento em 2001 R\$ _____

98. .Orçamento Hans /descentralização em 2001 R\$ _____

“**2001**”

99. Orçamento saúde municipal em 2001 R\$ _____

100. Orçamento de todos os programas em 2000R\$ _____

101. Orçamento o programa de Hanseníase em 2000 R\$ _____

102. Orçamento Hans/ educação em 2000R\$ _____

103. Orçamento Hans / treinamento em 2000 R\$ _____

104. Orçamento Hans /descentralização em 2000 R\$ _____

“2000”

- 105. Orçamento saúde municipal em 2000 R\$ _____
- 106. Orçamento de todos os programas em 2000 R\$ _____
- 107. Orçamento o programa de Hanseníase em 2000 R\$ _____
- 108. Orçamento Hans/ educação em 2000 R\$ _____
- 109. . Orçamento Hans / treinamento em 2000 R\$ _____
- 110. Orçamento Hans /descentralização em 2000 R\$ _____

Repasses do Ministério da Saúde (fonte: setor de planejamento/orçamento)”

- 111. Total de Recursos em 2002 R \$ _____
- 112. Elemento de despesas 2002
(A) Treinamento (B) Campanhas (C) Material Educativo (D) Supervisão (E) Outros:
- 113. .Total de Recursos em 2001 R \$ _____
- 114. Elemento de despesas 2001
(A) Treinamento (B) Campanhas (C) Material Educativo (D) Supervisão (E) Outros:
- 115. Total de Recursos em 2000 R \$ _____
- 116. .Elemento de despesas 2000
(A) Treinamento (B) Campanhas (C) Material Educativo (D) Supervisão (E) Outros:
- 117. Total de Recursos em 1999 R \$ _____
- 118. .Elemento de despesas 1999
(A) Treinamento (B) Campanhas (C) Material Educativo (D) Supervisão (E) Outros:
- 119. Total de Recursos em 1998 R \$ _____
- 120. .Elemento de despesas 1998
(A) Treinamento (B) Campanhas (C) Material Educativo (D) Supervisão (E) Outros:

Outras observações do entrevistador:

ANEXO 02

Projeto de Dissertação de Mestrado: Avaliação do Programa de Controle de Hanseníase do município de Manaus: FIOCRUZ/UFUAM

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS - GERENCIA DO PROGRAMA

Secretaria Municipal de Saúde

UF: _____ Município: _____

1.Cargo do entrevistado: _____

2.Categoria Profissional: _____

3.Tempo de atuação no programa: _____

5.Entrevistador: _____ data: ____/____/____

6.Quais as atividades desta gerência () Treinamento () Supervisão () Análise De Dados () Outras

7.Descreva:

8.Profissionais que atuam na gerência:

9.Nº de médicos _____

10.Nº de médicos dermatologistas _____

11.Nº de médicos clínicos _____

12.Nº de médicos de saúde pública _____

13.Tempo na gerência dos médicos _____

14.Atribuição do médico () Treinamento () Supervisão () Análise de Dados () Outras

15.N de Enfermeiros _____

16.Tempo de gerência dos enfermeiros _____

17.Atribuições dos enfermeiros () Treinamento () Supervisão () Análise de Dados () Outras

18.N.º de Fisioterapeutas _____

19.Tempo de gerência dos fisioterapeutas _____

20.Atribuições dos fisioterapeutas () Treinamento () Supervisão () Análise de Dados () Outras

21.Nº de Terapeutas Ocupacionais _____ -

22.Tempo de gerência dos terapeutas ocupacionais _____

23.Atribuições dos terapeutas ocupacionais: () Treinamento () Supervisão () Análise de Dados () Outras

24.N.º de Farmacêuticos _____

25.Tempo de gerência dos farmacêuticos _____

26.Atribuição do farmacêutico () Treinamento () Supervisão () Análise de Dados () Outras

27.Como o Sr(a) descreveria a situação epidemiológica atual da Hanseníase neste Município?

28.Como o Sr(a) descreveria as condições operacionais do programa?

29.Cite 3 aspectos de sucesso do programa na sua opinião

30. Cite 3 aspectos críticos do programa na sua opinião

31.As atividades do programa foram contempladas na NOAS _ () Sim () Não

32.E na PPI _ () Sim () Não

33.E no plano de ação municipal _ () Sim () Não

34.Nos últimos 3 anos alguma vez houve a inclusão da Hanseníase na agenda do Conselho Municipal de saúde _ ()
Sim () Não () Não sei

35.Se **Sim** – Quantas vezes esse tema foi debatido _____

36.O Sr(a) conhece o valor total do orçamento de saúde deste município nos últimos três anos _
() Sim () Não

37.O Sr(a) conhece o valor total ou percentual do orçamento de saúde deste município destinado ao programa de controle de Hanseníase _ () Sim () Não

38.Se sim – Participou da definição deste valor ou percentual _ () Sim () Não

39.Se sim – O valor ou percentual é em relação a sua proposta: _

() Superior () Inferior próximo

41.É do seu conhecimento que o município tenha recebido algum suporte financeiro do Ministério da Saúde para o programa nos três últimos anos _ () Sim () Não

46.Se **Sim** - Em que anos _____, _____, _____

47. Se **Sim** - O Sr (a) participou de alguma avaliação dos benefícios propiciados por esses recursos _

Sim Não

“ Cobertura”

48. Quantidade de US no Município em 2002 _____

49. Quantidade de US com diagnóstico / e tratamento / PI _____

40. Quantidade de US com suspeição diagnóstico _____

51. Quantidade de US apenas com dose mensal supervisionada _____

56. Quantidade de US que aplicam BCG _____

57. Quantidade de US que aplicam BCG em contatos _____

58. Existe aqui no programa mapa do município com todas as unidades, onde as unidades que desenvolvem o programa estejam destacadas _ Sim Não

Se Sim - solicitar cópia

Houve calculo de estimativa de suspeitos de Hanseníase para este município no ano de 2001

Sim Não

59. Se **Sim**, quantos suspeitos foram estimados _____ (**solicitar memória de calculo**)

60. Houve calculo do número esperado de casos novos de Hanseníase para este município no ano de 2001 _ Sim Não

61. Se **Sim** – Quantos casos novos foram estimados _____ (**solicitar memória de calculo**)

62. Quais as principais estratégias do programa para busca ativa de casos novos:

Campanhas Exame de Contatos Outros _____

63. Descreva: _____

64. O programa monitora dados do SIGAB em relação ao atendimento de casos suspeitos em clínicas básicas

Sim Não

65. O programa adota na íntegra as normas do Ministério da Saúde para Diagnóstico:

Sim Não

Se não, solicitar diretriz municipal

66. Classificação das formas clínicas _ Sim Não

Se não solicitar diretriz municipal

67. Tratamento (medicamento / duração do tratamento) _ Sim Não

Se não solicitar diretriz municipal

68. Avaliação / prevenção / tratamento de incapacidades físicas _ Sim Não

Se não solicitar diretriz municipal

69. Avaliação e BCG em contatos _ Sim Não

Se não solicitar diretriz municipal

70. Diagnóstico / classificação e tratamento de estados reacionais _ Sim Não

Se não solicitar diretriz municipal

71. Programação de medicamentos _ Sim Não

72. Solicitar a informação como é feita

“No município existem referências para”

73. Casos de difícil diagnóstico _ Sim Não

1. Se **Sim** - Qual

Casos reacionais se necessário _ Sim Não

2. Se **Sim** – Qual?

3. Casos para confirmação de recidiva _ Sim Não

4. Se **Sim** – Qual?

5. Reabilitação física em nível secundário _ Sim Não

6. Se **Sim** – Qual?

7. Inclui lesões oculares _ Sim Não

Se **Sim** – Qual?

8. Reabilitação física em nível terceiro/quaternário Sim Não

Se **Sim** – Qual?

9. Alguma vez o município desenvolveu campanha para diagnóstico _ Sim Não

10. Se **Sim** - Em que anos _____; _____; _____; _____; _____

11. Existe relatório específico sobre as campanhas, incluindo número de casos diagnosticados, recuperação de faltosos, de abandonos _ Sim Não

Se sim solicitar (1) exemplar de cada relatório

12. A gerência adota critérios/prioridades para implementação de busca ativa de casos novos, através de campanhas_ () Sim () Não
13. Se sim - Quais os critérios /prioridades
14. Descreva- os:

15. Houve a participação de algum profissional da gerência em entrevistas em rádios/jornais/TV no ano 2002 _ () Sim () Não
16. Se **Sim** - Em quantas _____
17. Foram veiculadas mensagens sobre Hanseníase no rádio ou TV deste município em 2002 () Sim () Não
18. Se **Sim** – Tempo de veiculação no ano:

Produção de materiais educativos/informativos pôr iniciativa da gerência do programa

19. Vídeo _ () Sim () Não
20. Fita Cassete_ () Sim () Não
21. Slides _ () Sim () Não
22. Cartilhas _ () Sim () Não
23. Folder _ () Sim () Não
24. Cartazes _ () Sim () Não
25. Existiram recursos no orçamento municipal nos últimos três anos para produção de material educativo _ () Não sabe () Não () Sim
26. O programa recebeu nos últimos três anos: material educativo/informativo do Ministério da Saúde () Não () Sim –
27. Se **Sim** - Recebeu quantitativo suficiente? () Sim () Não – Ano: _____
28. Quais as principais estratégias desta gerência para busca ativa de faltoso?

101. Quais as principais estratégias desta gerência para busca ativa abandono?

102. Existe nas normas do programa profissional com atribuição de busca ativa de faltosos/abandono em domicílio: _ () Sim () Não
103. Se **Sim** - Quais as categorias? _____; _____; _____; _____
104. Existem viaturas para que os profissionais realizem visita domiciliar para faltosos /abandono () Sim () Não
105. Se **Sim** - Qual a periodicidade da ida da viatura a cada unidade () 1 vez na semana () 2 ou mais vezes na semana () quinzenalmente () mensalmente () outro () ano sabe informar
106. Existiram no orçamento do município, nos últimos três anos, recursos destinados à busca ativa de faltosos/ abandono _ () Sim () Não () Não Sabe
107. Esta gerência tem parcerias () Sim () Não

108. Se **Sim**, quais?

109. Esta gerência desenvolve alguma atividade de integração com PACS /PSF? () Não () Sim
110. Se **Sim**, quais?

111. Esta gerência faz análise de dados do SIAB () Sim () Não
112. Quantos módulos de PSF existem no município?
113. Quantos PACS existem no município?
114. Qual o número de atividades educativas desenvolvidas em comunidade sobre Hanseníase PACS/PSF em 2002

115. Quantos módulos de PSF no município fazem diagnóstico e tratamento de Hanseníase _____

116. Quantos módulos de PSF diagnostica suspeitos _____

“ N° de profissionais Treinados por essa gerência” , nas USs, e/ou PACS/PSF:

117. N° de Clínicos treinados em Sensibilização _____

118. Em Sensibilização. PACS /PSF _____

119. Em Estigma. PACS/PSF _____

120. Em Diagnóstico / tratamento do PACS/PSF _____
121. Em Avaliação / prevenção / tratamento incapacidade física (IF) _____
122. Em Avaliação / prevenção / tratamento IF PACS/PSF _____
- 123. N.º de Pediatras treinados em Sensibilização _____**
124. Em Estigma _____
125. Em Diagnóstico / tratamento _____
126. Em Avaliação / prevenção / tratamento IF _____
- 127. Dermatologistas treinados em Sensibilização _____**
128. Estigma _____
129. Em Diagnóstico / tratamento _____
130. Em Avaliação / prevenção / tratamento IF _____
131. N.º de Médicos de Saúde Pública treinados em Sensibilização _____
132. Em Estigma _____
133. em Diagnóstico / tratamento: _____
134. Em Aval / prevenção / tratamento IF _____
- 135. N.º de Enfermeiros treinados em Sensibilização _____**
136. em Sensibilização. PACS /PSF _____
137. em Estigma _____
138. em Estigma PACS/PSF _____
139. em Diagnóstico / tratamento _____
140. em Diagnóstico / tratamento PACS/PSF _____
141. em Aval / prevenção / tratamento IF _____
142. em Aval / prevenção / tratamento IF PACS/PSF _____
- 143. N.º de Auxiliares de Enfermagem treinados em Sensibilização na US _____**
144. em Sensibilização. PACS /PSF _____
145. em Estigma _____
146. em Estigma PACS/PSF _____
147. em Diagnóstico / tratamento na US _____
148. em Diagnóstico / tratamento PACS/PSF _____
149. em Aval / prevenção / tratamento na US _____
150. Aval / prevenção / tratamento PACS/PSF _____
- 151. N.º de Agentes Comunitários de Saúde treinados em Sensibilização na US _____**
152. em Sensibilização. PACS /PSF _____
153. em Estigma _____
154. em Estigma PACS/PSF _____
155. em Diagnóstico / tratamento _____
156. em Diagnóstico / tratamento PACS/PSF _____
157. em Aval / prevenção / tratamento IF _____
158. em Aval / prevenção / tratamento IF PACS/PSF _____
- 159. N.º de Psicólogos treinados em Sensibilização _____**
160. em Estigma _____
161. em Diagnóstico / tratamento _____
162. em Aval / prevenção / tratamento IF: _____
163. N.º de Ass. Sociais treinados em Sensibilização na US _____
164. Em Estigma na US _____
165. Em Diagnóstico / tratamento na US _____
166. Em Aval / prevenção / tratamento IF na US _____
- 167. N.º de Sanitaristas treinados em Sensibilização na US _____**
168. Em Estigma na _____
169. Em Diagnóstico / tratamento na US _____
170. Em Aval / prevenção / tratamento IF na US _____
- 171. N.º de Farmacêuticos treinados em Sensibilização na US _____**
172. Em Estigma na US _____
173. Em Diagnóstico / tratamento na US _____
174. Em Aval / prevenção / tratamento IF na US _____

175. Em que aspectos esta gerência tem investido para que as unidades ofereçam assistência de qualidade?
176. É do seu conhecimento a existência de estudos desenvolvidos ou em desenvolvimento no município sobre a representação social da Hanseníase para população em geral () Sim () Não
177. Se **sim** - Qual a instituição que desenvolveu ou esta desenvolvendo _____
178. E sobre a representação social para o doente: () Sim () Não
179. Se **sim** - Qual a instituição que desenvolveu ou esta desenvolvendo _____
180. Existe um plano de ação desta gerência para o município _ () Sim () Não

Se sim solicitar uma copia

181. Se **sim** - Os profissionais das unidades participaram da elaboração _ () Sim () Não
182. Existem reuniões /seminários anuais com os profissionais para debater/apresentar a situação da endemia do município _ () Sim () Não
183. Por que?

ITENS A SEREM COLETADOS DIRETAMENTE PELO ENTREVISTADOR

184. Os dados de notificação de casos de Hanseníase caso incluídos no SINAN: () Sim () Não
185. Quem faz a inclusão de dados no SINAN _____
186. Em que ano os dados de Hanseníase passaram a serem incluídos no SINAN _____
187. Existe um responsável no programa para controle de qualidade de dados () Sim () Não
188. Recebe retro - alimentação da SES _ () Sim () Não
189. Faz reto – alimentação para as unidades notificados _ () Sim () Não
190. Verificar no SINAN qual a data no ultimo dado incluído em 2001 ____/____/____
191. Verificar o total de notificações de 2001 que constam no SINAN: _____
192. Quantas são de residentes neste município _____

Verificar existência de formulário estatístico do programa ou qualquer outra ferramenta de monitoramento e avaliação. Se existir recolher modelo

193. Verificar a data do ultimo relatório de sadia de registro ativo emitido em 2001 ____/____/____
- Verificar se existem relatórios da gerência com séries históricas dos indicadores epidemiológicos e operacionais do programa. **Se existir - Recolher (1) exemplar de cada.**
- Solicitar copia, em meio magnético, de todos os dados incluídos no SINAN.
- Solicitar listagem do SINAN de todos os casos de 2001 residentes no município, com todas as variáveis.

Quantitativo em exercício em 2002 na rede básica (fonte: departamento de pessoal)

194. Médicos clínicos _____
195. Médicos pediatras _____
196. Médicos dermatologistas _____
197. Enfermeiros _____
198. Sanitarista _____
199. Médico de saúde publica _____
200. Assistentes Sociais _____
201. Terapeutas Ocupacionais _____
202. Farmacêuticos _____
203. Auxiliares / técnicos de enfermagem _____

Orçamento (fonte: setor de planejamento/orçamento)

“2002”

204. Orçamento saúde municipal em 2002R\$ _____
205. Orçamento de todos os programas em 2002R\$ _____
206. Orçamento o programa de Hanseníase em 2001 R\$ _____
207. Orçamento Hans / educação em 2002R\$ _____
208. Orçamento Hans / treinamento em 2002R\$ _____
209. Orçamento Hans /descentralização em 2002 R\$ _____

“2001”

- 210. Orçamento saúde municipal em 2001 R\$ _____
- 211. Orçamento de todos os programas em 2001 R\$ _____
- 212. Orçamento o programa de Hanseníase em 2001 R\$ _____
- 213. Orçamento Hans / educação em 2001 R\$ _____
- 214. Orçamento Hans / treinamento em 2001R\$ _____
- 215. Orçamento Hans /descentralização em 2001R\$ _____

“2000”

- 216. Orçamento saúde municipal em 2000R\$ _____
- 217. Orçamento de todos os programas em 2000R\$ _____
- 218. Orçamento o programa de Hanseníase em 2000 R\$ _____
- 219. Orçamento Hans / educação em 2000 R\$ _____
- 220. Orçamento Hans / treinamento em 2000 R\$ _____
- 221. Orçamento Hans /descentralização em 2000R\$ _____

Repasses do Ministério da Saúde (fonte: setor de planejamento/orçamento)”

- 222. Total de Recursos em 2002 R \$ _____
- 223. Elemento de despesas 2002 (A)Treinamento (B)Campanhas (C)Material Educativo (D)Supervisão (E)Outros:
- 224. Total de Recursos em 2001 R \$ _____
- 225. Elemento de despesas 2001 (A)Treinamento (B)Campanhas (C)Material Educativo (D)Supervisão (E)Outros:
- 226. Total de Recursos em 2000 R \$ _____
- 227. Elemento de despesas 2000 (A)Treinamento (B)Campanhas (C)Material Educativo (D)Supervisão (E)Outros:
- 228. Total de Recursos em 1999 R \$ _____
- 229. Elemento de despesas 1999 (A)Treinamento (B)Campanhas (C)Material Educativo (D)Supervisão (E)Outros:
- 230. Total de Recursos em 1998 R \$ _____
- 231. Elemento de despesas 1998 (A)Treinamento (B)Campanhas (C)Material Educativo (D)Supervisão (E)Outros:

Outras observações do entrevistador:

ANEXO 03

**Projeto de dissertação de mestrado: “Avaliação do Programas de Controle da Hanseníase: no município de Manaus”
FIOCRUZ/UFUAM**

**“INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DE HANSENIASE A NIVEL LOCAL”
(fonte: unidade de saúde, setor de dermatologia ou de hanseníase)**

UF _____

01.MUNICIPIO: _____

02.US _____

03.DATA DE IMPLANTACAO DO PROGRAMA: ____/____/____

04.QUESTIONARIO Nº: _____

05. ENTREVISTADOR _____

06. DATA ____/____/____

“INFRA-ESTRUTURA - Área Física”

07.Iluminação natural () Sim () Não

08.Ventilação natural () Sim () Não

09.Atendimento com porta fechada _ () Sim () Não

10.Paciente é atendido sentado_ () Sim () Não

11.Paciente tem acesso à água potável para ingestão da dose supervisionada () Sim () Não

12.Equipe lotada e atuando do turnos de atendimento da Manhã _____ às _____

13.Equipe lotada e atuando do turno de atendimento da Tarde _____ às _____

Quadro de profissionais

14.N de médicos na US __

15.Qual o tempo médio de atuação dos médicos no programa _____

16.Médicos treinados em Estigma e sensibilização _____

17.Médicos treinados em Diagnostico/ tratamento/reações _____

18. Médicos treinados em Avaliação prevenção e tratamento IF _____

19.N de Enfermeiros na US _____

20.Qual o tempo médio de atuação dos enfermeiros no programa _____

21. Enfermeiros treinados em Estigma e sensibilização _____

22.Enfermeiros treinados em Diagnostico/ tratamento/reações _____

23.Enfermeiros treinados em Avaliação prevenção e tratamento IF _____

24.N de Ass. Sociais na US __

25.Qual o tempo médio de atuação dos ass. sociais no programa _____

26.Ass. Sociais treinados em Estigma e sensibilização _____

27.Ass. Sociais treinados em Diagnostico/ tratamento/reações _____

28.Ass. Sociais treinados em Avaliação prevenção e tratamento IF _____

29.N de Psicólogos na US _____

30.Qual o tempo médio de atuação dos Psicólogos no programa _____

31.Psicólogos treinados em Estigma e sensibilização _____

32.Psicólogos treinados em Diagnostico/ tratamento/reações _____

33.Psicólogos treinados em Avaliação prevenção e tratamento IF _____

34.N de Fisioterapeutas na US _____

35.Qual o tempo de médio de atuação dos Fisioterapeutas no programa _____

36.Fisioterapeutas treinados em Estigma e sensibilização _____

37.Fisioterapeutas treinados em Diagnostico/ tratamento/reações _____

38.Fisioterapeutas treinados em Avaliação prevenção e tratamento IF _____

39.N de Terapeutas Ocupacionais na US __

40.Qual o tempo de médio de atuação dos Terapeutas Ocupacionais no programa _____

41.Terapeutas Ocupacionais treinados em Estigma e sensibilização _____

42.Terapeutas Ocupacionais treinados em Diagnostico/ tratamento/reações _

43. Terapeutas Ocupacionais treinados em Avaliação prevenção e tratamento IF

44. **N de Farmacêuticos na US** ____

45. Qual o tempo de médio de atuação dos Farmacêuticos no programa _____

46. Farmacêuticos treinados em Estigma e sensibilização _____

47. Farmacêuticos treinados em Diagnostico/ tratamento/reações _____

48. *Farmacêuticos treinados em Avaliação prevenção e tratamento IF* _____

49. **N de Aux. de Enfermagem na US** ____

50. Qual o tempo médio de atuação dos Aux. de Enfermagem no programa _____

51. Aux. de Enfermagem treinados em Estigma e sensibilização _____

52. Aux. de Enfermagem treinados em Diagnostico/ tratamento/reações _____s

53. Aux. de Enfermagem *treinados em Avaliação prevenção e tratamento IF* _____

54. Materiais de prevenção de PIF, normas técnicas (NT), estão presente no ambulatório

() Sim () Não

55. As normas técnicas são usadas _____ () Eventualmente () Frequentemente

56. materiais educativos (ME), estão presente no ambulatório

() Sim () Não

57. O material educativo é usado _____ () Eventualmente () Frequentemente

“ Curativos”

58. Realizado na unidade _ () Sim () Não

59. Referido para realizar em US perto de casa _ () Sim () Não.

60. Se sim. Qual o motivo _____

61. Realiza em casa _____ () Sim () Não () Nunca aconteceu . Se sim . Qual o motivo _____

62. Prevenção e ou tratamento de incapacidades por **técnicas simples** é desenvolvida na unidade

() Sim () Não

Se sim :

63. Extremidades _ () Sim () Não

63. Ocular _ () Sim () Não

64. Nasal _ () Sim () Não

65. Referência para tratamento de incapacidades () sim () não

Se **Sim**

66. extremidades () Sim () Não

67. Ocular _ () Sim () Não

Nasal _ () Sim () Não

“ Diagnóstico e Tratamento”

68. Conhece o número estimado de casos da US para o ano 2002? () Sim () Não

69. **N casos estimados para 2002** _____

70. N de casos diagnosticados 2002 _____

71. **de notificações 2002** _____

72. Realiza busca ativa de suspeitos () Sim () Não

73. Se **Sim** em que locais _____

74. Existe no programa material para teste de sensibilidade _ () Sim () Não

75. Existe material para bacioscopia se necessário _ () Sim () Não

76. Existe material para biopsia se necessário? () Sim () Não

77. Existe formulário estatístico mensal do programa _ () Sim () Não

(Se sim recolher modelo)

78. Existe responsável na unidade pela supervisão da qualidade dos registros de dados?

() Sim () Não

“ Atividades Educativas desenvolvidas em 2002”

79. Atividade educativa desenvolvida com grupos de pacientes e ou familiares no ano de 2002

() Sim () Não

80. Quantas vezes por ano _____

81. Atividade educativas desenvolvidas na sala de espera no ano de 2002 _ () Sim () Não

82. Quantas vezes por ano _____

83. Atividade educativa desenvolvida em reuniões com a comunidade no ano de 2002
 Sim Não
84. Quantas vezes por ano _____
85. Outro tipo de atividade educativa desenvolvida no ano de 2002 _____
86. Quantas vezes por ano _____
87. Existem cartazes _ Sim Não
88. Qual a quantidade Muito Pouco suficiente
89. Existe folder _ Sim Não
90. Qual a quantidade Muito Pouco suficiente
91. Existe cartilha _ Sim Não
92. Qual a quantidade Muito Pouco Suficiente
93. Existe vídeo _ Sim Não
94. Qual a quantidade Muito Pouco suficiente
95. Existe fita cassete _ Sim Não
96. Qual a quantidade Muito Pouco suficiente
97. Existem slides _ Sim Não
98. Qual a quantidade Muito Pouco suficiente
99. N de Campanhas desenvolvidas pela USB Anos _____; _____; _____; _____; _____
100. Foi do tipo Campanha de informação Sim Não
101. Foi do tipo Campanha de diagnóstico e tratamento Sim Não
102. Existe na unidade estratégias para recuperação de faltosos ou abandono_ Sim Não
103. Se sim as descreva:
104. A equipe tem um Plano de Ação local Sim Não
- (Se sim recolher copia)**
105. Existem Parcerias?(Sim Não
106. Quais? _____
107. Cite 3 aspectos de sucesso do programa.
108. Cite 3 aspectos críticos do programa.

“OS ITENS A SEGUIR SAO PARA VERIFICACAO DIRETA PELO ENTREVISTADOR”

109. Existe livro de registro de casos novos atualizado Sim Não
110. Existe arquivo de aprazamento atualizados_ Sim Não

“Com base na coorte de tratamento de casos MB e PB residentes no município”

111. N de saídas da coorte em 2000 _____
112. N de curas em 2000 _____
113. N de saídas da coorte em 2001 _____
114. N de curas em 2001 _____
105. N de saídas da coorte em 2002: _____
106. N de curas em 2002 _____

“ Em 2001/2002(residentes no município)”

107. N de Faltosos em 31-12 de 2001 _____
108. N de Abandonos em 31-12 de 2001 _____
109. N de Faltosos recuperados em 2002 _____
110. N de Abandonos recuperados em 2002 _____

“Exame de Contatos”

111. Total de contatos de casos novos de 2002 (residentes no município)registrados _____
112. Total de contatos de casos novos de 2001 (residentes no município)examinados _____
113. Registros que permitem monitorar aplicação de BCG em 2001 _ Sim Não. Se sim – 114. N de contatos que foi prescrito e receberam dose única _____
- 115 Se sim - Número de contatos que foi prescrita e receberam duas doses _____
116. Quantas fichas em branco para notificação existem no setor _____
117. Quantos casos novos de 2002 têm cópia da ficha de notificação arquivada no setor _____
118. Existe no setor, ou com a chefia, planilha de consolidação de dados estatísticos
 Sim Não

119. Se sim de que anos _____; _____; _____; _____
 120. Houve fichas de notificação de 2002, devolvidas para completar preenchimento de dados
 () Sim () Não
 121. Se sim – Quantas? _____
 122. Verificar existência de ata de reunião 2001/2002, de profissionais do programa para reflexão sobre Situação da endemia _ () Sim () Não

(Se sim recolher copia)

123. Verificar existência de mapeamento e ou listagem de áreas adstrita com maior concentração de casos áreas silenciosas _ () Sim () Não

(Se sim recolher copia)

124. Verificar existência de relatório do SIGAB com número de suspeitos identificados em clinicas básicas _ () Sim () Não

125. Se **Sim** - quantos suspeitos em 2002 _____
 126. Referência para tratamento de complicações _ () Sim () Não
 127. N de internações solicitadas em 2002 _____

“Disponibilidade de medicamentos”

128. Quantidade *Blisters* Adulto _____
 129. N de doentes _____
 130. Estoque se encontra () Farmácia () Programa
 131. Dispensação () Farmácia () Programa
 133. Prazos de validade _____
 134. Temperatura ambiente _____
 535. Aspecto externo do produto _____
 536. Livro de registro de entrada e saída _ () Sim () Não
 137. Formulário padronizado _ () Sim () Não
 533. Verificar receitas controladas de talidomida e identificar se houve emissão para mulheres com menos de 50 anos _ () Sim () Não
 (Se sim - analisar prontuários e verificar se constava impossibilidade concreta de gravidez)
 138. Casos registros N _____
 139. Descrita a impossibilidade de gravidez () Sim () Não () Não registrada
 140. N de Médicos clínico em exercício em 2002 _____
 141. N de Médicos pediatra em exercício em 2002 _____
 142. N de Médicos dermatologista em exercício em 2002 _____
 143. N de Enfermeiros em exercício em 2002 _____
 144. N de Sanitaristas em exercício em 2002 _____
 145. N de Médicos de Saúde Publica em exercício em 2002 _____
 146. N de Assistentes Sociais em exercício em 2002 _____
 147. N de Psicólogos em exercício em 2002 _____
 148. N de Farmacêuticos em exercício em 2002 _____
 149. N de Fisioterapeutas em exercício em 2002 _____
 150. N de Terapeutas ocupacionais em exercício em 2002 _____
 151. N de Auxiliares Técnicos de enfermagem em exercício em 2002 _____

Verificar número de casos que **tiveram reação em vigência de tratamento em 2002 e Registre através de análise de prontuários estados reacionais**

Número de registro do caso	Tipo de reação	Tratamento medicamentoso	Seqüelas posteriores
	(a) neurite ou tipo I (b) eritema nodoso ou tipo II (c) mista ou reversa	Dose inicial _____ (a) prednisona (b) talidomida (c) outros	(s) sim (n) não (nr) não registrada

Verificar o número de casos que **tiveram reação pós-alta durante 2002 e Registre através de análise de prontuários**

Número de registro do caso	Tipo de reação	Tratamento medicamentoso	Seqüelas posteriores
	(a) neurite ou tipo I (b) eritema nodoso ou tipo II (c) mista ou reversa	Dose inicial _____ a) prednisona (b) talidomida (c) outros	(s) sim (n) ano (nr) não registrada

Checar a listagem municipal com o livro de registro de paciente, registrar casos residentes no município que constem da listagem municipal e ano constem do livro de registros e vice-versa.
(validação)

Outras observações do entrevistador

ANEXO 04

Projeto de dissertação “Avaliação do Programa de controle de Hanseníase no município de Manaus” **FIOCRUZ/UFAM**

INSTRUMENTO DE ENTREVISTA PARA PROFISSIONAIS DA UBS/PACS – PSF

- 01. **Unidade de Saúde** _____
- 02. Município- _____ Data: ____/____/____
- 03. Cargo/Função do entrevistado. _____
- 04. Anos de Formado: _____
- 05. Sexo: () Masc () Fem
- 05. O sr (a) incluiu a hanseníase como hipótese diagnóstica para algum caso no último ano?
Sim () Não ()
- 06. O Sr(a) encontra dificuldade para fazer diagnóstico de hanseníase ? Sim () Não ()
- 07. Se não. Porquê?
() Fez treinamento () Tem experiência () Outras _____
- 08. Se sim – Encontra dificuldade para fazer suspeição? () Sim () Não
Porquê? _____

09. Quais os sinais /sintomas /queixas que levam o Sr(a) a suspeitar que alguém é portador de hanseníase? () manchas () dormência () manchas brancas () alteração de sensibilidade() não outras

10. Além da sua atuação assistencial na unidade, Sr (a) foi motivado pela SEMSA gerência do programa de hanseníase /diretor da US para participar de alguma atividade, visando melhorar o controle da hanseníase no município ou área adstrita à US? () Sim () Não

11. Se **Sim** - Você participou? Sim () Não ()

12. Se **Sim** - De quais? () treinamento () reunião () seminário () congresso () outros
Especificar _____

Outras observações do entrevistador:

ANEXO 05

Projeto de Dissertação: “Avaliação do Programa de Eliminação da Hanseníase no Município de Manaus” FIOCRUZ/UFUAM

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DE HANSENIASE PACS/PSF

01. UF: _____
02. MUNICIPIO: _____
03. PACS/PSF- _____
04. DATA DE IMPLANTAÇÃO: ____/____/____
05. ENTREVISTADOR _____
06. DATA: ____/____/____

07. Equipe lotada e atuando no turno de atendimento pela manhã _____
08. Equipe lotada e atuando no turno de atendimento pela tarde _____
09. **N de médicos na US** ____
10. Qual o tempo de atuação dos médicos no programa _____ meses
11. Médicos treinados em Estigma e sensibilização _____
12. Médicos treinados em Diagnostico/ tratamento/reações _____
13. Médicos treinados em Avaliação prevenção e tratamento IF _____

14. **N de Enfermeiros na US** ____
15. Qual o tempo de atuação dos enfermeiros no programa _____ meses
16. Enfermeiros treinados em Estigma e sensibilização _____
17. Enfermeiros treinados em Diagnostico/ tratamento/reações _____
18. Enfermeiros treinados em Avaliação prevenção e tratamento IF _____
20. **N de Auxiliar de Enfermagem na US** ____
21. Qual o tempo de atuação no programa _____ meses
22. N. de Auxiliares treinados em Estigma e sensibilização _____
23. N. de Auxiliares treinados em Diagnostico/ tratamento/reações _____
24. Auxiliares treinados em Avaliação prevenção e tratamento IF _____
25. **N de Agentes Comunitários na US** ____
25. Qual o tempo de atuação no programa _____ meses
27. Agentes treinados em Estigma e sensibilização _____
28. Agentes treinados em Diagnostico/ tratamento/reações _____
29. Agentes treinados em Avaliação prevenção e tratamento IF _____
30. N de domicílios adscritos _____
31. Quantos domicílios estão cadastrados _____
32. Quantas famílias estão cadastradas _____
33. Os profissionais preenchem formulários do SIAB () Sim () Não
34. Os profissionais diagnosticam e tratam Hanseníase _ () Sim () Não
35. Em caso de não- fazem suspeição diagnostica () Sim () Não

- 36.N de casos suspeitos em 2002 _____
37. N de casos confirmados em 2002 _____
38. N de casos confirmados com lesão única _____
- 39.N de casos confirmados com grau 0 de incapacidade física _____
- 40.Grau I: _____
41. Grau II: _____

“I TENS PARA VERIFICACAO DIRETA PELO ENTREVISTADOR”

- 42.N de visitas domiciliares para dose supervisionada em 2002 _____
- 43.N de visitas domiciliares para recuperação de faltosos _____
- 44.N de visitas domiciliares para recuperação de abandonos _____
- 45.N de visitas domiciliares para exame de contatos em 2002 _____
46. N de ações em comunidade de educação e promoção desenvolvidas em 2002 _____
47. N de ações em comunidade de educação e promoção em HANSENI ASE desenvolvidas em 2002 _____
48. Descreva os critérios de seleção de áreas ou situações para ações de educação e promoção em Hanseníase:
49. Há materiais educativos do tipo cartazes _ () Sim () Não
- 50.Quantitativo existente () Muito () Pouco () suficiente
- 51.Há materiais educativos do tipo folares () Sim () suficiente
- 52.Quantitativo existente () Muito () Pouco () Suficiente
- 53.Há de materiais educativos do tipo cartilhas _ () Sim () Não
- 54.Quantitativo existente () Muito () Pouco () suficiente
- 55.Ha materiais educativos do tipo vídeo _ () Sim () Não
- 56.Quantitativo existente () Muito () Pouco () suficiente
- 57.Há materiais educativos do tipo fita cassete _ () Sim () Não
- 58.Quantitativo existente () Muito () Pouco () suficiente

Outras observações do entrevistador:

ANEXO 06

Projeto: "Avaliação do Programa de Controle da Hanseníase no município de Manaus " *FIOCRUZ/UFAM*

ENTREVISTA USUÁRIOS CADASTRADOS NO PEL DAS UNIDADES DE SAUDE

01. US _____
02. N QUESTIONARIO: _____
03. ENTREVISTADOR: _____
04. Data ___/___/_____
05. Idade: _____
06. Sexo _ () Fem () Masc
07. O Sr (a) trata de que doença aqui no serviço de dermatologia _____
08. Quando o Sr (a) ouve a palavra HANSENIASE o que lhe vem a cabeça? Estimular o paciente a expressar 4 evocações (palavras/sentimentos/emoções/lembranças)
09. Do que o Sr (a) falou acima, QUAIS SÃO AS 2 mais importantes?
10. Quanto tempo o Sr (a) gasta da sua casa ate esta unidade de saúde _____ horas
20. O Sr (a) vem a esta unidade () A pé () De Condução
21. Em caso de condução de que tipo _____
22. Quanto o Sr (a) gasta de passagem para vir a esta Unidade R\$ _____
23. Quanto o Sr (a) gasta de Lanche ? R\$ _____
24. Quanto o Sr (a) gasta em forma de outras despesas para vir a esta Unidade ? R\$ _____
25. Quanto tempo o Sr(a) costuma esperar ate ser atendido _____ horas
26. Onde o Sr (a) espera tem local para todos ficarem sentados _____
() Sim () Não () Só para alguns
27. O Sr(a) recebe copos descartáveis para tomar os medicamentos na unidade _
_ () Sim () Não
28. O Sr (a) recebe Água filtrada ? () Sim () Não () Não sab
29. Na sua opinião o Sr (a) e seus familiares são tratados com atenção respeito pelos profissionais da dermatologia _ () Sim () Não () As vezes
30. O Sr(a) e atendido sempre pelo mesmo medico __ () Sim () Não
31. Em caso de sim – Qual o nome dele(a)? _____
32. O Sr (a) consegue ser atendido, facilmente, fora do dia da consulta marcada _
() Sim () Não () Nunca aconteceu
33. O Sr (a) alguma vez recebeu na sua casa , telegrama e ou aerograma e ou visita de um funcionário, desta unidade () Sim () Não () Não lembra
34. Se sim – Qual foi o motivo:
() Faltou a Consulta () Abandonou o Tratamento () Exame de Familiares () Dose Supervisionada
() Verificação do uso adequado de medicamentos
() Outros _____
35. Nos últimos 12 meses o Sr(a) faltou alguma vez a consulta marcada?
() Sim () Não () Não lembra
36. Se sim – Quantos dias _____ () Não lembra
37. Cite 3 aspectos positivos do serviço de dermatologia
38. Cite 3 aspectos negativos do serviço de dermatologia
39. O Sr (a) acha que depois que começou o tratamento a sua saúde:
() Melhorou () Piorou () Não mudou
40. Na sua opinião o que as pessoas devem saber sobre Hanseníase?

Outras observações do entrevistador:

ANEXO 07

Projeto: “Avaliação do Programa de Controle da Hanseníase no Município de Manaus”

ENTREVISTA COM USUARIOS DAS UNIDADES DE SAÚDE- E PSF

01. US _____

02. N QUEST _____

03. ENTREVISTADOR _____

04. DATA ___/___/_____

05. IDADE _____

06. SEXO () Fem () Masc

07. Quando o Sr (a) ouve a palavra HANSENÍASE o que lhe vem à cabeça?- Estimular o paciente a expressar 4 evocações (palavras/sentimentos/emoções/lembranças)

08. Do que o Sr(a) falou acima , **quais são as duas** mais importantes?

09. Qual o motivo da sua vinda à esta US (verificar se o paciente é de algum outro programa)

10. Qual o tempo gasto da sua casa ate a unidade de saúde _____ horas

11. Vem a pé () Sim () Não

12. Se não. Qual o meio de transporte ? _____

13. Custo para a vinda de passagem R\$ _____

14. Custo para a vinda de lanche R\$ _____

15. Custo para a vinda de outras despesas R\$ _____

16. Total (somar os 3 itens acima) R\$ _____

17. Você recebeu alguma informação sobre Hanseníase nos últimos 3 anos _

() Sim () Não () Não lembra

18. Se sim ,Qual foi a informação que você recebeu ?

19. Se sim. Onde você viu, ouviu ou leu essa informação () Radio ()TV () Cartazes () Folhetos () Palestras () Outros _____

Outras observações do entrevistador

ÍTEM PARA AFERIÇÃO DE REGISTROS (Para cada letra (a, b, c, ...) sim (S) ou Não (N) Ilegível (I)					
N de ordem Pront Exami nados	1-Identificação do paciente: a) nome completo b) DN c) endereço atualizado com referência	2-Anamnese: a)Descrição de sinais e sintomas b)História de tratamento anterior c)Doença associada d) História de alergia a medicamentos e) Exame de pele f) Exame de troncos nervosos g) Grau de Incapacidade Física h)mapeamento da sensibilidade de mãos e pés i) exame de olhos j) Classificação (MB/PB)	3-Tratamento/evolução terapêutica: a) registro do esquema terapêutico indicado b)registro de doses mensais c) registro de surtos reacionais e terapêutica utilizada d) d)registro de outras ocorrências e encaminhamentos (até negativos) e)registro de resultados de exames solicitados	4)Alta terapêutica: a) registro alta b)Exame. derm/neuro de IF d)Outras saídas (transferido, alta estatística, abandono...)	5)Qualidade dos registros a) datados b) assinados c) orientação individual e familiar d)questões sociais e)questões emocionais
1-	a () b () c ()	a () b () c () d () e () F () g () h () i () j ()	a () b () c () d () e ()	a () b () c () d ()	a () b () c () d () e ()
2-	a () b () c ()	a () b () c () d () e () F () g () h () i () j ()	a () b () c () d () e ()	a () b () c () d ()	a () b () c () d () e ()
3-	a () b () c ()	a () b () c () d () e () F () g () h () i () j ()	a () b () c () d () e ()	a () b () c () d ()	a () b () c () d () e ()
4-	a () b () c ()	a () b () c () d () e () F () g () h () i () j ()	a () b () c () d () e ()	a () b () c () d ()	a () b () c () d () e ()
5-	a () b () c ()	a () b () c () d () e () F () g () h () i () j ()	a () b () c () d () e ()	a () b () c () d ()	a () b () c () d () e ()
	a () b () c ()	a () b () c () d () e ()	a () b () c ()	a () b ()	a () b () c ()

Projeto: “Avaliação do Programa de Controle de Hanseníase no Município de Manaus”
 FIOCRUZ/UFAM

6-		F () g () h () i () j ()	d () e ()	c () d ()	d () e ()
7-	a () b () c ()	a () b () c () d () e () F () g () h () i () j ()	a () b () c () d () e ()	a () b () c () d ()	a () b () c () d () e ()
8	a () b () c ()	a () b () c () d () e () F () g () h () i () j ()	a () b () c () d () e ()	a () b () c () d ()	a () b () c () d () e ()
9-	a () b () c ()	a () b () c () d () e () F () g () h () i () j ()	a () b () c () d () e ()	a () b () c () d ()	a () b () c () d () e ()
10-	a () b () c ()	a () b () c () d () e () F () g () h () i () j ()	a () b () c () d () e ()	a () b () c () d ()	a () b () c () d () e ()

UNIDADE DE SAÚDE _____

DATA: ----/----/----ENTREVISTADOR _____