

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ / FIOCRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA

ANA CARINA SOTERO SENA

ENFRENTAMENTO DA TUBERCULOSE E HANSENÍASE NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA DE MUNICÍPIOS PRIORITÁRIOS DE PERNAMBUCO.

RECIFE
2020

Ana Carina Sotero Sena

**ENFRENTAMENTO DA TUBERCULOSE E HANSENÍASE NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA DE MUNICÍPIOS PRIORITÁRIOS DE PERNAMBUCO.**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública.

Orientadora: Dra. Ana Lucia Ribeiro de Vasconcelos
Coorientadora: Dra. Tereza Maciel Lyra

RECIFE
2020

Catálogo na fonte: Biblioteca do Instituto Aggeu Magalhães

S474e Sena, Ana Carina Sotero.
Enfrentamento da tuberculose e hanseníase na atenção primária de municípios prioritários de Pernambuco/Ana Carina Sotero. — Recife: [s. n.], 2020.
188 p.: il.; 30 cm.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Ana Lucia Ribeiro de Vasconcelos; coorientadora: Tereza Maciel Lyra.

1. Avaliação em Saúde. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Estratégia Saúde da Família. 4. Doenças Negligenciadas. 5. Tuberculose. 6. Hanseníase. I. Vasconcelos, Ana Lucia Ribeiro de. II. Lyra, Tereza Maciel. III. Título.

CDU 614.39

Ana Carina Sotero Sena

**ENFRENTAMENTO DA TUBERCULOSE E HANSENÍASE NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA DE MUNICÍPIOS PRIORITÁRIOS DE PERNAMBUCO.**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública.

Aprovada em: 09/12/2020

BANCA EXAMINADORA

Dra. Ana Lucia Ribeiro de Vasconcelos
Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz

Dra. Ana Cláudia Figueiró
Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz

Dra. Juliana Martins
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco

Dedico este trabalho aos meus pais Ana e Sandovaldo, que sempre me apoiaram em todas as minhas conquistas, aos meus irmãos, em especial à minha irmã Carol que sempre foi um exemplo pra mim, aos meus filhos João Arthur e Ana Júlia pela dádiva de ser mãe, ao meu esposo Diego pelo companheirismo, e todos da minha família pelo carinho e compreensão em todos os momentos.

AGRADECIMENTOS

À Professora Ana Lucia Vasconcelos que com bastante sensibilidade e carinho me estendeu a mão no momento que mais precisei e me mostrou o caminho a seguir.

À Franklin Semente, que não me deixou desistir diante das adversidades na construção desse trabalho.

Aos colegas do Mestrado Profissional que fizeram com que cada dia fosse mais leve e feliz, em especial às amigas Simone e Jozelma que me ampararam nos momentos de fraqueza e dúvida oferecendo apoio e estímulo sempre que precisei.

Aos companheiros da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, que me proporcionaram momentos memoráveis na saúde pública.

Aos companheiros do Hospital Universitário Oswaldo Cruz que enfrentaram junto comigo a pandemia do Coronavírus.

Ao Instituto Aggeu Magalhães que me proporcionou a realização de um sonho.

Aos membros da banca de qualificação Sydia Oliveira e Juliana Martins, pelas excelentes sugestões e disponibilidade.

Aos membros da banca de defesa: Ana Cláudia Figueiró e Juliana Martins pelo apoio e disponibilidade.

SENA, Ana Carina Sotero. **Enfrentamento da Tuberculose e Hanseníase na Atenção Primária de Municípios Prioritários de Pernambuco**. 2020. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2020.

RESUMO

Doenças negligenciadas (DN) referem-se a problemas de saúde fortemente associados à pobreza, que afetam mais de um bilhão de pessoas em todo o mundo, segundo a Organização Mundial da Saúde. O diagnóstico precoce e o tratamento oportuno das DN são essenciais para seu controle. Visando qualificar as equipes da Atenção Primária à Saúde (APS) e assessorar/monitorar as ações de controle das DN, em Pernambuco (PE) foi lançado em 2011 o Plano Estadual de Enfrentamento às DN - Programa SANAR. Este estudo foi realizado com o objetivo de avaliar a implantação do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) e do Programa de Controle da Hanseníase (PCH) após a intervenção do SANAR, em cinco municípios prioritários de PE, durante o quadriênio 2015 – 2018. Foi realizada uma avaliação normativa (apreciação da estrutura e análise de processo) a partir da análise do grau de implantação das ações do PCT e do PCH na APS, antes e após a intervenção do SANAR, a fim de verificar a adequação entre as recomendações propostas e as executadas após a referida intervenção. Após o SANAR o grau de implantação do PCT e do PCH encontra-se na condição de “Implantação insatisfatória” nos municípios de Jaboatão dos Guararapes e Ipojuca e “Parcialmente Implantado” em Olinda, Escada e Goiana. Todavia, apesar desses graus de implantação, observou-se que o SANAR fortaleceu o PCT e o PCH nos municípios participantes desta avaliação, mas que o grau de aproveitamento do assessoramento recebido foi maior em Escada e em Goiana e menor em Jaboatão dos Guararapes. Estes resultados expõem a necessidade de ajustes no programa para alcance dos resultados propostos. Porém, é necessário estudar os motivos que contribuíram para o baixo grau de implantação, em cada município avaliado, apontados principalmente pelos indicadores de “Processo”, obtendo-se informações mais precisas para o delineamento das estratégias de controle da Tuberculose e da Hanseníase nos referidos municípios.

Palavras-chave: Avaliação em Saúde; Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Doenças Negligenciadas; Tuberculose; Hanseníase.

SENA, Ana Carina Sotero. **Coping with Tuberculosis and Leprosy in Primary Care of Priority Municipalities in Pernambuco.** 2020. Dissertation (Master in Public Health) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2020.

ABSTRACT

Neglected diseases (ND) refers to health problems strongly associated with poverty, which affect more than one billion people worldwide, according to the World Health Organization. Early diagnosis and timely treatment of ND are essential for their control. Aiming to qualify the Primary Health Care (PHC) teams and advise / monitor the ND control actions, in Pernambuco (PE) the State Plan to Combat ND - SANAR Program was launched in 2011. This study was carried out with the aim of evaluating the implementation of the Tuberculosis Control Programs (TCP) and the Leprosy Control Program (LCP) after the intervention of SANAR, in five priority municipalities of PE, during the 2015-2018 quadrennium. A normative evaluation was carried out (structure assessment and process analysis) based on the analysis of the degree of implementation of the TCP and LCP actions in the PHC, before and after the SANAR intervention, in order to verify the adequacy between the proposed recommendations and the one executed after the referred intervention. After SANAR, the degree of implantation of the TCP and LCP is in the condition of "Unsatisfactory Implantation" in the municipalities of Jaboatão dos Guararapes and Ipojuca and "Partially Implanted" in Olinda, Escada and Goiana. However, despite these degrees of implementation, it was observed that SANAR strengthened the TCP and LCP in the municipalities participating in this evaluation, but that the degree of use of the advice received was higher in Escada and Goiana and lower in Jaboatão dos Guararapes. These results expose the need for adjustments in the program to achieve the proposed results. However, it is necessary to study the reasons that contributed to the low level of implementation, in each evaluated municipality, mainly pointed out by the "Process" indicators, obtaining more precise information for the design of tuberculosis and leprosy control in those municipalities.

Keywords: Health Evaluation; Primary Health Care; Family Health Strategy; Neglected Diseases; Tuberculosis; Leprosy.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Municípios prioritários para a intervenção do Programa SANAR, no quadriênio 2015 – 2018, nos Programas Municipais de Controle da Tuberculose (PCT) e da Hanseníase (PCH), com o respectivo número de unidades da ESF participantes e a Gerência Regional de Saúde (GERES) a que pertencem.....41

Quadro 2. Escores utilizado para análise da estrutura e do processo do PCT e PCH nos serviços da ESF e Julgamento de seu Grau de Implantação (GI) antes e após o Programa SANAR.....45

Quadro 3. Escores utilizado para análise da estrutura e do processo do PCT e PCH nos serviços da ESF e Julgamento de seu Grau de Implantação (GI) antes e após o Programa SANAR.....45

Quadro 4. Escores utilizado para análise da estrutura e do processo do PCT e PCH nos serviços da ESF e Julgamento de seu Grau de Implantação (GI) antes e após o Programa SANAR.....45

Quadro 5. Matriz de Informação – Indicadores utilizados, nas visitas de “assessoramento e monitoramento técnico”, para **Apreciação da Estrutura** das USF de cinco municípios de Pernambuco, selecionados a fim de estabelecer o Grau de Implantação das ações do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) antes e após a intervenção do Programa SANAR, quadriênio 2015 – 2018.....46

Quadro 6. Matriz de Informação – Indicadores utilizados, nas visitas de “assessoramento e monitoramento técnico”, para a **Análise de Processo** do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) nas USF de cinco municípios de Pernambuco, selecionados a fim de estabelecer o Grau de Implantação das ações do referido programa antes e após a intervenção do Programa SANAR, quadriênio 2015 – 2018.....48

Quadro 7. Matriz de Informação – Indicadores utilizados para **Apreciação da Estrutura** das USF de cinco municípios de Pernambuco, selecionados a fim de

estabelecer o Grau de Implantação das ações do Programa de Controle da Hanseníase (PCH) antes e após a intervenção do Programa SANAR, quadriênio 2015 – 2018.....51

Quadro 8. Matriz de Informação – Indicadores utilizados para a **Análise de Processo** do Programa de Controle da Hanseníase (PCH) nas USF de cinco municípios de Pernambuco, selecionados a fim de estabelecer o Grau de Implantação das ações do referido programa antes e após a intervenção do Programa SANAR, quadriênio 2015 – 2018.....53

Quadro 9. Matriz de Análise e Julgamento para estabelecer o Grau de Implantação das ações do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) nas USF – **Componente Estrutura** – nos cinco municípios de Pernambuco selecionados para este estudo, antes e após a intervenção do Programa SANAR, quadriênio 2015 – 2018.....56

Quadro 10. Matriz de Análise e Julgamento para estabelecer o Grau de Implantação das ações do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) nas USF – **Componente Processo** – nos cinco municípios de Pernambuco selecionados para este estudo, antes e após a intervenção do Programa SANAR, quadriênio 2015 – 2018.....58

Quadro 11. Matriz de Análise e Julgamento para estabelecer o Grau de Implantação das ações do Programa de Controle da Hanseníase (PCH) nas USF – **Componente Estrutura** – nos cinco municípios de Pernambuco selecionados para este estudo, antes e após a intervenção do Programa SANAR, quadriênio 2015 – 2018.....60

Quadro 12. Matriz de Análise e Julgamento para estabelecer o Grau de Implantação das ações do Programa de Controle da Hanseníase (PCH) nas USF – **Componente Processo** – nos cinco municípios de Pernambuco selecionados para este estudo, antes e após a intervenção do Programa SANAR, quadriênio 2015 – 2018.....62

Quadro 13. Matriz de Análise e Julgamento para estabelecer o Grau de Implantação

das ações do **Programa de Controle da Tuberculose (PCT)** nas USF – **Componente Estrutura** – nos cinco municípios de Pernambuco selecionados para este estudo, **antes da intervenção do Programa SANAR**, quadriênio 2015 – 2018.....69

Quadro 14. Matriz de Análise e Julgamento para estabelecer o Grau de Implantação das ações do **Programa de Controle da Tuberculose (PCT)** nas USF – **Componente Estrutura** – nos cinco municípios de Pernambuco selecionados para este estudo, **após a intervenção do Programa SANAR**, quadriênio 2015 – 2018.....71

Quadro 15 Matriz Comparativa de Análise e Julgamento do Grau de Implantação das ações do **Programa de Controle da Tuberculose (PCT)** nas USF, antes e após a intervenção do Programa SANAR, quadriênio 2015 – 2018 – **Componente Estrutura** –, nos cinco municípios de Pernambuco selecionados para este estudo.....73

Quadro 16 Matriz de Análise e Julgamento para estabelecer o Grau de Implantação das ações do **Programa de Controle da Tuberculose (PCT)** nas USF – **Componente Processo** – nos cinco municípios de Pernambuco selecionados para este estudo, **antes da intervenção do Programa SANAR**, quadriênio 2015 – 2018.....84

Quadro 17 Matriz de Análise e Julgamento para estabelecer o Grau de Implantação das ações do **Programa de Controle da Tuberculose (PCT)** nas USF – **Componente Processo** – nos cinco municípios de Pernambuco selecionados para este estudo, **após a intervenção do Programa SANAR**, quadriênio 2015 – 2018.....86

Quadro 18 Matriz Comparativa de Análise e Julgamento do Grau de Implantação das ações do **Programa de Controle da Tuberculose (PCT)** nas USF, antes e após a intervenção do Programa SANAR, quadriênio 2015 – 2018 – **Componente Processo** –, nos cinco municípios de Pernambuco selecionados para este estudo.....88

Quadro 19. Matriz Final de Análise e Julgamento do Grau de Implantação das ações do **Programa de Controle da Tuberculose (PCT)** nas USF de cinco municípios de Pernambuco participantes da **intervenção do Programa SANAR**, quadriênio 2015 – 2018.....91

Quadro 20. Matriz de Análise e Julgamento para estabelecer o Grau de Implantação das ações do **Programa de Controle da Hanseníase (PCH)** nas USF – **Componente Estrutura** – nos cinco municípios de Pernambuco selecionados para este estudo, **antes da intervenção do Programa SANAR**, quadriênio 2015 – 2018.....97

Quadro 21. Matriz de Análise e Julgamento para estabelecer o Grau de Implantação das ações do **Programa de Controle da Hanseníase (PCH)** nas USF – **Componente Estrutura** – nos cinco municípios de Pernambuco selecionados para este estudo, **após a intervenção do Programa SANAR**, quadriênio 2015 – 2018.....99

Quadro 22. Matriz Comparativa de Análise e Julgamento do Grau de Implantação das ações do **Programa de Controle da Hanseníase (PCH)** nas USF, antes e após a intervenção do Programa SANAR, quadriênio 2015 – 2018 – **Componente Estrutura** –, nos cinco municípios de Pernambuco selecionados para este estudo.....101

Quadro 23. Matriz de Análise e Julgamento para estabelecer o Grau de Implantação das ações do **Programa de Controle da Hanseníase (PCH)** nas USF – **Componente Processo** – nos cinco municípios de Pernambuco selecionados para este estudo, **antes da intervenção do Programa SANAR**, quadriênio 2015 – 2018.....112

Quadro 24. Matriz de Análise e Julgamento para estabelecer o Grau de Implantação das ações do **Programa de Controle da Hanseníase (PCH)** nas USF – **Componente Processo** – nos cinco municípios de Pernambuco selecionados para este estudo, **após a intervenção do Programa SANAR**, quadriênio 2015 –

2018.....114

Quadro 25. Matriz Comparativa de Análise e Julgamento do Grau de Implantação das ações do **Programa de Controle da Hanseníase (PCH)** nas USF, antes e após a intervenção do Programa SANAR, quadriênio 2015 – 2018 – **Componente Processo** – nos cinco municípios de Pernambuco selecionados para este estudo.....116

Quadro 26. Matriz Final de Análise e Julgamento do Grau de Implantação das ações do **Programa de Controle da Hanseníase (PCH)** nas USF, de cinco municípios de Pernambuco participantes da **intervenção do Programa SANAR**, quadriênio 2015 – 2018.....119

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ACS: Agente Comunitário de Saúde
- AIDS: Síndrome da Imunodeficiência Humana induzida pelo HIV
- APS: Atenção Primária à Saúde
- BAAR: Bacilo Álcool Ácido Resistente (agente da tuberculose)
- Bacilo de Koch: *Mycobacterium tuberculosis* (agente da tuberculose)
- BCG: *Bacilo de Calmette Guérin*
- DG: Dimensão Global
- DN: Doenças Negligenciadas
- DNT: Doenças Negligenciadas Tropicais
- DU: Dimensão Unitária
- EPS: Educação Permanente em Saúde
- ESF: Estratégia de Saúde da Família
- GERES: Gerência Regional de Saúde
- GeneXpert: Teste de Diagnóstico Rápido para Tuberculose
- GI: Grau de Implantação
- HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana
- ILTB: Infecção Latente da Tuberculose
- ML: Modelo Lógico
- MORHAN: Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase
- MS: Ministério da Saúde
- OMS: Organização Mundial de Saúde
- ONG: Organização Não Governamental
- OPAS: Organização Panamericana de Saúde
- PACS: Programa de Agentes Comunitários de Saúde
- PCH: Programa de Controle da Hanseníase
- PCT: Programa de Controle da Tuberculose
- PE: Pernambuco
- PIB: Produto Interno Bruto
- PME: Pontuação Máxima Esperada

- PNAB: Política Nacional da Atenção Básica
- PNCH: Programa Nacional de Controle da Hanseníase
- PNCT: Programa Nacional de Controle da Tuberculose
- PO: Pontuação Observada
- Programa SANAR: Programa Estadual de Enfrentamento às Doenças Negligenciadas (do Estado de Pernambuco)
- RAS: Redes de Atenção à Saúde
- RHZE: Esquema básico para Tratamento da Tuberculose – Rifampicina / Isoniazida / Pirazinamida e Etambutol.
- SES-PE: Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
- SEVS: Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde
- Sinan: Sistema de Informação de Agravos de Notificação
- SMS: Secretaria Municipal de Saúde
- SR: Sintomático Respiratório
- SUS: Sistema Único de Saúde
- SVS: Secretaria de Vigilância em Saúde
- TB: Tuberculose
- TBDR ou TBMR: Tuberculose droga resistente ou Tuberculose Multirresistente
- TDO: Tratamento Diretamente Observado
- TRM-TB: teste Rápido Molecular para tuberculose
- USF: Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	18
1.1 Perguntas Conductoras	22
1.2 Hipótese	22
2. OBJETIVOS	23
2.1 Objetivo Geral	23
2.2 Objetivos Específicos	23
3. REFERENCIAL TEÓRICO	24
3.1 Doenças Negligenciadas	24
3.2 Tuberculose	26
3.3 Hanseníase	31
3.4 Programa SANAR	35
3.5 Avaliação em Saúde	37
4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	40
4.1 Tipo de Estudo	40
4.2 Período de Estudo	40
4.3 Local do Estudo	40
4.3.1 Jaboatão dos Guararapes	41
4.3.2 Olinda	41
4.3.3 Ipojuca	42
4.3.4 Escada	42
4.3.5 Goiana	43
4.4 Coleta dos dados	43
4.5 Análises dos dados	44
4.5.1 Matrizes de Informação - Tuberculose	46
4.5.2 Matrizes de Informação - Hanseníase	51
4.5.3 Matrizes de Análise e Julgamento - Tuberculose	56
4.5.4 Matrizes de Análise e Julgamento - Hanseníase	60
4.6 Considerações Éticas	64
5. RESULTADOS	65
5.1 Tuberculose	65
5.1.1 Componente Estrutura	65

5.1.1.1 Subcomponente Recursos Humanos	65
5.1.1.2 Subcomponente Impressos	66
5.1.1.3 Subcomponente Materiais para Assistência ao Paciente	66
5.1.1.4 Subcomponente Materiais Instrucionais	68
5.1.1.5 Componente Estrutura antes e após o Programa SANAR	73
5.1.2 Componente Processo	74
5.1.2.1 Subcomponente Vigilância Epidemiológica	75
5.1.2.2 Subcomponente Assistência ao Paciente	77
5.1.2.3 Subcomponente Educação em Saúde	81
5.1.2.4 Componente Processo antes e após o Programa SANAR	88
5.1.3 PCT – Componentes da Avaliação após o Programa SANAR	90
5.2 Hanseníase	92
5.2.1 Componente Estrutura	92
5.2.1.1 Subcomponente Recursos Humanos	92
5.2.1.2 Subcomponente Impressos	93
5.2.1.3 Subcomponente Materiais para Assistência ao Paciente	93
5.2.1.4 Subcomponente Materiais Instrucionais	95
5.2.1.5 Componente Estrutura antes e após o Programa SANAR	101
5.2.2 Componente Processo	102
5.2.2.1 Subcomponente Vigilância Epidemiológica	102
5.2.2.2 Subcomponente Assistência ao Paciente	105
5.2.2.3 Subcomponente Educação em Saúde	109
5.2.2.4 Componente Processo antes e após o Programa SANAR	116
5.2.3 PCH – Componentes da Avaliação após o Programa SANAR	118
6. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES	120
6.1 Tuberculose	120
6.2 Hanseníase	135
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	145
8. REFERÊNCIAS	146
APÊNDICE – PROJETO DE INTERVENÇÃO	154
ANEXOS	177
Anexo A – Modelo Lógico Tuberculose e Hanseníase	177
Anexo B – Declaração de Anuência da SES-PE	188

1. INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) as doenças negligenciadas também conhecidas como doenças tropicais ou “poverty-related diseases” refere-se aos agravos à saúde fortemente associadas à pobreza, que afetam mais de um bilhão de pessoas em todo o mundo e que além de promover a desigualdade social, realimentam o ciclo vicioso retirando dos indivíduos seu poder, sua força e seu tempo de trabalho, gerando incapacidades físicas e de aprendizado e por fim minando suas chances de desenvolvimento humano (ARAÚJO-JORGE et al., 2014).

As doenças tropicais negligenciadas (DTN) são conhecidas mundialmente por afetar principalmente, mas não exclusivamente, populações pobres nas regiões mais vulneráveis e miseráveis do planeta. De acordo com a OMS atualmente 17 doenças crônicas são classificadas como DTN: dengue, raiva, tracoma, úlcera de Buruli, treponematoses endêmicas, hanseníase, doença de Chagas, doença do sono, leishmaniose, cisticercose, dracunculíase, equinococose, infecções por trematódeos causadas por alimentos, filariose linfática, oncocercose, esquistossomose e helmintíases transmitidas pelo solo (DIAS et al., 2013).

No Brasil o termo Doenças Negligenciadas (DN) foi originalmente proposto para definir os agravos à saúde que prevalecem nas condições de pobreza e que contribuem para a manutenção do quadro de desigualdade. Esse grupo de doenças é caracterizado por receber baixo investimento da indústria farmacêutica e de pesquisa, o que se justifica pelo reduzido potencial de retorno lucrativo e se reflete no baixo avanço terapêutico, principalmente no desenvolvimento de novos fármacos e métodos diagnósticos mais eficazes. Nesse grupo de doenças encontra-se a tuberculose, que apesar de não ser classificada pela OMS como uma doença negligenciada, merece destaque nacional devido a sua forte relação com as situações de pobreza e vulnerabilidade social. Portanto, no Brasil segundo o Ministério da Saúde dentre o hall das doenças negligenciadas em âmbito nacional pode-se destacar: doença de Chagas, hanseníase, esquistossomose, dengue, tuberculose, entre outras (OLIVEIRA, 2018; BRASIL, 2010).

Diante da magnitude do problema da tuberculose e hanseníase, é consenso que o diagnóstico precoce e o tratamento oportuno são as estratégias mais eficazes para o controle dessas doenças. Por isso, desde o ano de 2002, as ações de

diagnóstico e tratamento dessas doenças foram descentralizadas para a Atenção Primária à Saúde (APS), também denominada no Brasil Atenção Básica, onde encontram-se vinculadas as Estratégias de Saúde da Família (ESF) e os Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), sendo, portanto, a APS indispensável para a descentralização das estratégias de controle da tuberculose e hanseníase (FURLAN, et al., 2017).

A APS assume o papel de centralização e organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), estando fortemente associada à melhoria do acesso, qualidade dos serviços de saúde, melhor utilização dos recursos financeiros, satisfação do usuário e integralidade do cuidado, sendo, por isso, o nível de atenção considerado fundamental para o enfrentamento e manejo de doenças crônicas. A população portadora de doenças crônicas apresenta, na maioria dos casos, uma maior necessidade de acesso a vários pontos da RAS, o que exige uma APS mais efetiva e capaz de coordenar esse percurso terapêutico do usuário em tempo e local oportuno (FAUSTO & BOUSQUAT, 2017).

Diante disso, a descentralização para o fortalecimento da APS como protagonista da coordenação do sistema de atenção à saúde é fundamental para que se possa avançar com a garantia da qualidade das ações. Para tanto, se faz necessário o envolvimento de todos os profissionais de saúde, em equipe multidisciplinar, nas quais a participação de cada um é parte indispensável para o sucesso das ações. O trabalho em equipe e com foco no usuário é o elemento-chave para o alcance das metas e a superação dos desafios relacionados ao enfrentamento das DN (AZEVEDO et al., 2018).

A tuberculose e a hanseníase possuem caráter altamente estigmatizante, que somado as condições sociais precárias de grande parte dos seus portadores, representa um grande entrave para a identificação e acolhimento desses casos. Por isso, as equipes da APS precisam demonstrar compromisso, envolvimento e reconhecimento no que se refere ao impacto dessas doenças na dimensão biopsicossocial desses indivíduos e de seus familiares (AZEVEDO et al., 2018; BRASIL, 2018).

Apesar de serem doenças milenares, os coeficientes de detecção da hanseníase e tuberculose ainda são expressivos, com muitos casos diagnosticados em todo o país. A tuberculose, refere-se a um agravamento à saúde que deveria estar sob controle, porém a sua estreita relação com as situações de vulnerabilidade social e

extrema pobreza dificultam a resolução desse agravo à saúde. Por outro lado, a hanseníase representa um importante problema de saúde pública devido ao seu poder de incapacidade física, social e econômica. Atualmente no Brasil observa-se uma tendência de eliminação da hanseníase em nível nacional, porém a grande extensão territorial brasileira, com importante desigualdade social entre as regiões, têm dificultado às ações de enfrentamento dessa doença, detendo nas regiões mais pobres o maior número de casos e, portanto, a manutenção do bacilo circulante no país. Por isso, faz-se necessário o envolvimento da sociedade e dos governantes no que se refere ao enfrentamento da fome, miséria e vulnerabilidades sociais, onde as políticas sociais e de saúde eficazes são práticas fundamentais para potencializar a detecção e cura dessas doenças (JUNG et al., 2018; RIBEIRO et al., 2018).

O modelo de intervenção proposto pelo Ministério da Saúde (MS) para o controle dessas doenças baseia-se em recomendações específicas segundo os Programas Nacionais de Controle da Tuberculose (PNCT) e Hanseníase (PNCH) que devem ser aplicadas por todos os serviços de saúde. A tuberculose desde o ano de 2003 é um agravo prioritário da agenda política do MS, executado por meio de um programa unificado aplicado em conjunto pelos três entes federativos, e que prioriza as ações de controle descentralizadas na atenção básica visando o maior acesso da população aos serviços, principalmente do grupo de vulneráveis (AZEVEDO et al., 2018).

Para o enfrentamento da hanseníase, o Brasil encontra-se alinhado com as recomendações da Estratégia Global para Hanseníase 2016-2020 (MS) cujo plano de ação baseia-se na execução de três grandes pilares: o fortalecimento do controle e da parceria governamental; o combate da hanseníase e suas complicações; e o enfrentamento da discriminação com promoção da inclusão social. Essas ações têm como objetivo principal reduzir a carga da doença através da detecção precoce dos casos, do desenvolvimento de pesquisas e da quebra do estigma social e sensibilização da sociedade (BRASIL, 2018).

É consenso que a consolidação da APS enquanto estratégia de organização do Sistema Único de Saúde (SUS) é fundamental no processo de enfrentamento da tuberculose e hanseníase, e requer a continuidade da ampliação da cobertura e melhoria contínua do modelo proposto, além do engajamento dos gestores e população. Porém, a grande maioria dos municípios brasileiros ainda encontra dificuldade em organizar sua rede de APS e, conseqüentemente, incorporar de

maneira efetiva as recomendações do PNCT e PNCH (FURLAN et al., 2017).

Visando qualificar as equipes da APS foi lançado em Pernambuco, no ano de 2011, o Programa Estadual de Enfrentamento às Doenças Negligenciadas – Programa SANAR –, no qual foram incluídas quatro doenças (doença de Chagas, hanseníase, esquistossomose e filariose linfática) propostas pela agenda internacional (OMS-OPAS, 2009), e outras quatro: tuberculose, geohelmintíases, leishmaniose visceral e tracoma, em virtude das seguintes justificativas: grande carga da doença; possuir intervenções tecnicamente viáveis; não ter financiamento específico; causar incapacidade; poderem ser prevenidas ou eliminadas com quimioterápicos; e possuir diagnóstico e tratamento disponível na rede de saúde (LOPES, 2015).

O Programa SANAR surge, portanto, para o enfrentamento de doenças que atingem principalmente a população de baixa renda, e com o principal propósito de implantar ações estratégicas voltadas para redução da prevalência ou eliminação dos referidos agravos à saúde, através de atividades que favoreçam a implantação, em Pernambuco, dos Programas Nacionais de Controle dessas doenças (PERNAMBUCO, 2014).

Segundo COSTA et al., 2017:

“Tendo em vista esse cenário de gravidade, a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco implantou, em 2011, o Programa SANAR de enfrentamento das doenças negligenciadas, visando reduzir ou eliminar, enquanto problema de saúde pública, sete doenças transmissíveis negligenciadas, as quais apresentavam indicadores inaceitáveis, de acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde e a OMS (2009)”.

Com o lançamento do Programa SANAR, Pernambuco passa a ser o primeiro estado brasileiro a desenvolver uma política direcionada ao enfrentamento integrado das oito mencionadas doenças negligenciadas, em 108 municípios selecionados (58,4% do total de municípios do Estado) para a realização das atividades estratégicas (SILVA et al., 2017).

Este estudo objetiva avaliar o grau de implantação das ações dos Programas de Controle da Tuberculose e da Hanseníase, antes e após a intervenção do Programa SANAR, a fim de verificar a necessidade de ajustes para um maior alcance dos resultados propostos.

1.1 Perguntas Conductoras:

Qual o grau de implantação dos PCT e PCH após a intervenção do Programa SANAR em municípios prioritários do estado de Pernambuco? Há necessidade de ajustes no programa para alcance dos resultados propostos?

1.2 Hipótese:

O fortalecimento do PCT e do PCH pelo Programa SANAR tem contribuído para o enfrentamento dessas doenças negligenciadas nos municípios assessorados pelo referido programa. Todavia, o grau de implantação desejado ainda não ocorreu.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral:

- Avaliar a implantação dos Programas de Controle da Tuberculose e Hanseníase após a intervenção do Programa SANAR em municípios prioritários do estado de Pernambuco.

2.2 Específicos:

- Analisar o Grau de implantação das ações dos Programas de Controle da Tuberculose (PCT) e de Controle da Hanseníase (PCH), em unidades de saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF) dos municípios prioritários, a partir da apreciação da estrutura existente nesses serviços e da análise de processo, antes e após a intervenção do Programa SANAR;
- Comparar o Grau de Implantação das ações do PCT e do PCH observado antes e após a intervenção do Programa SANAR, a fim de verificar a adequação entre as recomendações propostas e a executada;
- Propor um Projeto de Intervenção a partir dos resultados deste estudo, utilizando a ferramenta administrativa 5W3H, e apresentá-lo em uma oficina com os atores envolvidos e/ou interessados nesta avaliação – gestores da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco e das Secretarias Municipais de Saúde dos municípios prioritários participantes do estudo; profissionais de saúde da ESF participantes do estudo; e atores sociais (MORHAN, Conselhos de Saúde, ONG e etc.) envolvidos no processo de intervenção do Programa SANAR –.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Doenças negligenciadas

Segundo as teorias da transição epidemiológica e demográfica a evolução das condições de vida e o aumento da expectativa de vida e queda da taxa de natalidade, são responsáveis pelo movimento linear da mudança do quadro de morbimortalidade nos países desenvolvidos com maior índice de desenvolvimento humano, onde se observa a superação das doenças infecciosas e transmissíveis para os agravos crônicos degenerativos não transmissíveis (OLIVEIRA, 2018).

No Brasil, o processo histórico de saúde doença é um quadro complexo, pois o país apresenta um perfil epidemiológico composto por doenças características do mundo desenvolvido tais como as doenças crônicas (hipertensão, diabetes, câncer e etc.) em combinação com doenças típicas de países subdesenvolvidos caracterizados como doenças antigas e cujo desenvolvimento econômico brasileiro foi incapaz de superar, tais como as doenças infecciosas negligenciadas (hanseníase, leishmaniose, tuberculose, e etc.) (ARAÚJO-JORGE et al., 2014).

Segundo o MINISTÉRIO DA SAÚDE (2010):

“Doenças negligenciadas são doenças que não só prevalecem em condições de pobreza, mas também contribuem para a manutenção do quadro de desigualdade, já que representam forte entrave ao desenvolvimento dos países. Como exemplos de doenças negligenciadas, podemos citar: dengue, doença de Chagas, esquistossomose, hanseníase, leishmaniose, malária, tuberculose, entre outras”.

Muitas dessas doenças hoje classificadas como doenças negligenciadas tropicais (DNT) já foram amplamente prevalentes e acabaram desaparecendo gradualmente à medida que a sociedade e as condições socioeconômicas evoluíram. Atualmente, essas doenças se concentram e constituem ameaça principalmente em locais de extrema pobreza e vulnerabilidade social, locais estes esquecidos pelo progresso socioeconômico, onde se verifica moradias precárias, falta de acesso à água limpa e saneamento, ambientes degradados, abundância de insetos e de outros vetores, o que contribuem para a transmissão efetiva da infecção (OMS, 2010).

Apesar de se tratar de agravos à saúde que pode acometer qualquer indivíduo susceptível, as DNT ainda encontram barreiras referentes ao

financiamento de pesquisas de cunho científico, principalmente no que se refere ao desenvolvimento de novos fármacos e métodos diagnósticos e terapêuticos mais eficazes. Admite-se que o envolvimento dos países desenvolvidos nesses estudos está comumente associado a, pelo menos, um dos seguintes fatores: possibilidade de lucrar com a venda dos medicamentos/vacinas nos países em desenvolvimento; surtos que afetam os seus territórios de forma esporádica; ou ainda o envolvimento da indústria farmacêutica fortemente influenciada pela força do mercado (SOBRAL, et al., 2018).

Diante da magnitude do problema referente às doenças negligenciadas, fica evidente a necessidade de investimentos globais para o desenvolvimento de novas alternativas terapêuticas, especialmente na área de novos fármacos. A criação e o desenvolvimento de estratégias e alianças são opções de admirável impacto, tanto no Brasil quanto no exterior, e devem ser incentivadas e apoiadas, pois somente desta maneira se poderão conquistar novas fronteiras capazes de satisfazer as exigências impostas por um mercado em contínua evolução (DIAS et al., 2013).

A complexidade do quadro de saúde do Brasil aponta para a necessidade de uma mudança nos padrões de atendimento à população, e para a importância das políticas públicas que resultem em intervenções adequadas. Diante disso, no país as atividades relacionadas às doenças negligenciadas se iniciaram em 2003 através do primeiro edital temático em tuberculose, e em seguida pelos editais de dengue e hanseníase. Com o desencadeamento desse processo foi criado, em 2006, o Programa de Pesquisa e Desenvolvimento em Doenças Negligenciadas através de uma parceria entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Ciência e Tecnologia. Com base em dados epidemiológicos, demográficos e o impacto das doenças foram definidas sete doenças prioritárias na atuação desse programa: dengue, doença de Chagas, leishmaniose, hanseníase, malária, esquistossomose e tuberculose (ARAÚJO-JORGE et al., 2014; BRASIL, 2010).

Para o enfrentamento das doenças negligenciadas se faz necessário além das ações de quimioprofilaxia, manejo clínico dos pacientes e combate ao vetor, a execução de ações macroestruturais e as relações intersetoriais devido a sua estreita relação com as condições socioeconômicas da população vulnerável. Para isso, investimentos relacionados à melhoria das condições de vida e saúde das populações exigem que o tema seja inserido na agenda de prioridades dos

governos, reconhecendo como ações fundamentais para o êxito das atividades de controle das doenças negligenciadas tropicais (OLIVEIRA, 2018).

O Brasil tem logrado êxito no controle de doenças nos últimos anos, embora algumas persistam em várias regiões do país. Atualmente têm sido investidos recursos na busca da redução da pobreza e concentrado esforços para fortalecer os sistemas de saúde locais, universalizando o acesso aos serviços públicos. Apesar desses investimentos, o país apresenta desigualdades intraurbanas importantes, com diferentes determinantes que sustentam a permanência de alguns desses problemas da saúde pública (PERNAMBUCO, 2014).

O não enfrentamento às doenças negligenciadas leva a inúmeras consequências e limitações sérias às sociedades atingidas, ocasionando um panorama de enfermidade, sofrimento, incapacidade e morte, com graves consequências sociais, econômicas e psicológicas. Por isso se faz necessário à inclusão do tema nas principais agendas internacionais, de forma a realizar o combate, prevenção, tratamento e erradicação dessas doenças (DIAS et al., 2013).

3.2 Tuberculose

A tuberculose, doença causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, pode acometer uma série de órgãos e/ou sistemas. A transmissão ocorre a partir da inalação de núcleos secos de partículas contendo bacilos expelidos pela tosse, fala ou espirro do doente com tuberculose ativa de vias respiratórias (pulmonar ou laríngea). O bacilo pode se instalar em diversos órgãos e, portanto, manifestar-se sob diferentes apresentações clínicas, que estarão relacionadas com o órgão acometido. A forma pulmonar, além de ser mais frequente é a mais relevante para a saúde pública, pois é a responsável pela manutenção da cadeia de transmissão da doença. As formas, exclusivamente extrapulmonares, não transmitem a tuberculose (BRASIL, 2011).

Apesar de ser uma doença milenar, a tuberculose (TB) continua a ser uma ameaça global à saúde. Segundo estimativas da OMS, em 2015 um total de 10,4 milhões de pessoas ficaram doentes com tuberculose ativa e 1,4 milhão morreu da doença, tornando-se a maior causa de morte mundial por um único agente infeccioso. Em 2016 foram notificados cerca de 10 milhões de novos casos, e neste mesmo ano 1,3 milhão de pessoas morreram de TB, e outras 370 mil mortes por TB

ocorreram entre pessoas vivendo com HIV/AIDS (AZEVEDO et al., 2018; TRAJMA et al., 2018).

Segundo o Ministério da Saúde, estima-se que um terço da população mundial esteja infectada pelo bacilo de Koch. As regiões da África e da Ásia são as que apresentam maior risco para o adoecimento. Até o final de 2015, a Organização Mundial da Saúde priorizava 22 países com maior carga da doença no mundo, entre os quais estava o Brasil. Para o período de 2016 a 2020, foi definida uma nova classificação de países prioritários segundo características epidemiológicas, sendo elencados 48 países prioritários para a abordagem da tuberculose (BRASIL, 2017).

Sabe-se que a ocorrência da TB está associada à pobreza, às más condições de vida e de habitação e à aglomeração humana. A tuberculose continua sendo um problema de saúde pública mundial, e desde 2003 é considerada como doença prioritária na agenda política do Ministério da Saúde do Brasil (AZEVEDO et al., 2018).

O Brasil é um dos países com maior número de casos no mundo; e devido sua participação no BRICS (termo utilizado para designar o grupo de países de economias emergentes formado por Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul), desempenha papel de destaque, uma vez que o BRICS soma cerca de 50% dos casos de tuberculose no mundo e mobilizam mais de 90% dos recursos necessários para as ações de controle da tuberculose, por meio de fontes domésticas de financiamento. Foram registrados no Brasil, em 2016, 69.509 casos novos de tuberculose, e, em 2015, 4.610 mortes atribuídas à doença. Segundo a OMS o Brasil ocupa a 20ª posição na lista de países de alta carga de tuberculose e a 19ª na lista de alta carga de coinfeção TB-HIV (BRASIL, 2017, 2018).

Segundo MACIEL et al. (2018):

“Diante da nova classificação da OMS para a epidemia de TB, o Brasil não possui mais uma epidemia generalizada, senão uma epidemia concentrada em algumas populações vulneráveis: pessoas em situação de rua, indivíduos privados de liberdade, indígenas, pessoas que vivem com HIV, entre outros grupos, impondo um grande desafio para os serviços de saúde, já que o manejo clínico destes grupos requer ações interdisciplinares e intersetoriais”.

O estado de Pernambuco possui destaque nacional com relação aos indicadores na doença. Em 2016, foram diagnosticados 4.328 casos novos de tuberculose, sendo em sua grande maioria homens (68%), na faixa etária de 15-49

anos (82%). O coeficiente de detecção de casos novos foi de 46 casos/100.000 habitantes (BRASIL, 2018).

No que se refere às melhores medidas de prevenção e de controle da tuberculose destaca-se o diagnóstico precoce e o tratamento do paciente até a cura, além de outras medidas de prevenção importantes que incluem a vacinação com a BCG - Bacilo de Calmette Guérin, o tratamento da infecção latente pelo *M. tuberculosis* – ILTB e o controle de contatos (BRASIL, 2011).

Segundo Pinto e Freitas, 2018:

“O Brasil é o único, entre os 22 países com maior carga da TB, a não ter um mercado privado de fabricantes e de consumo [de medicamento para TB] e a seguir na totalidade do seu sistema de saúde as orientações da Organização Mundial de Saúde no que se refere ao tratamento da doença, fato que contribui para a procura da atenção primária a saúde, independentemente da condição socioeconômica das famílias”.

Apesar de ser uma doença conhecida há milhares de anos, um agravante relacionado ao controle e a gravidade da tuberculose tem emergido recentemente; trata-se da resistência do *M. tuberculosis* às drogas utilizadas no tratamento da doença. Os casos de tuberculose com alguma resistência medicamentosa são classificados, de acordo com a sensibilidade do tratamento ao *M. tuberculosis*, de primeira e/ou de segunda linha. No Brasil, o número de casos de tuberculose droga resistente (TBDR) vem aumentando, sendo em 2015 relatados 1.027 casos (RABAHI et al., 2017; VIANA; REDNER; RAMOS, 2017).

No Brasil, diante da magnitude da tuberculose enquanto importante problema de saúde pública, e da real necessidade de investimentos na qualificação dos serviços ofertados, foi criado em 1999 o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT). Vinculado à Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) o PNCT promove uma reestruturação no combate à tuberculose, subordinando as ações de vigilância, controle e prevenção a uma política de programação de suas ações com padrões técnicos e assistenciais bem definidos. O PNCT está integrado na rede de serviços de saúde a fim de garantir o princípio constitucional da universalidade, visto que é responsável desde a distribuição de medicamento e outros insumos necessários, de forma gratuita, até a orientação e execução de ações preventivas e de controle do agravo (BRASIL, 2011).

Desenvolvido por intermédio de um programa unificado, executado em

conjunto pelas esferas federal, estadual e municipal, o PNCT prioriza a descentralização das medidas de controle para a atenção básica, visando à ampliação do acesso da população em geral e dos grupos mais vulneráveis. Essa descentralização diz respeito ao reconhecimento da Atenção Primária a Saúde (APS) como protagonista na coordenação do sistema de atenção à saúde por meio do gerenciamento de mecanismos organizacionais e materiais que possam garantir a longitudinalidade do cuidado (AZEVEDO et al., 2018).

O PNCT recomenda que as ações de diagnóstico e controle da tuberculose devem ser realizadas na APS, que como principal porta de entrada do sistema de saúde fará a interlocução entre os outros pontos de atenção à saúde, quando necessário, segundo suas diversas densidades tecnológicas em prol da integralidade da assistência ofertada. Porém, apesar de quase duas décadas de iniciado o processo de descentralização das ações de monitoramento e manejo clínico dos casos de TB como atividade prioritária da APS, no Brasil ainda não há uma efetiva incorporação dessas ações nesse âmbito da assistência, o que favorece o diagnóstico tardio dos casos e conseqüentemente a manutenção da cadeia de transmissão da doença (PINTO; FREITAS, 2018; FURLAN et al., 2017).

Apesar da recomendação do Ministério da Saúde de descentralização das atividades relacionadas ao diagnóstico e tratamento dos casos de TB, desde 2002 para à Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), estudos apontam que grande parte dos casos de TB continuam sendo diagnosticados nos serviços de média e alta complexidade, o que se tem justificado como causa da busca insuficiente de Sintomáticos Respiratórios (SR) nas atividades da APS, e aponta a necessidade de melhoria no acolhimento e atendimento desses usuários nas ESF e PACS (FURLAN et al., 2017).

Diante dessas dificuldades de acesso, a fim de garantir a longitudinalidade do cuidado, as ESF devem abordar as pessoas portadoras de TB dentro das suas áreas geográficas de atuação, o que vai desde a busca ativa dos sintomáticos respiratórios, realização de consultas e exames para investigação diagnóstica até o acompanhamento dos casos confirmados, incluindo a realização do tratamento diretamente observado (TDO), acompanhamento mensal e avaliação dos contatos intradomiciliares. Esses profissionais e gestores devem ofertar um acolhimento adequado visando o envolvimento desses usuários no que se refere ao autocuidado e ações educativas nas unidades de saúde (AZEVEDO et al., 2018;

PINTO; FREITAS, 2018).

Visando o enfrentamento da TB, a Organização Mundial da Saúde lançou em 2015 a audaciosa estratégia “Fim da TB (END TB)” com o objetivo de acabar com a tuberculose como endemia e promover uma redução de 90% das taxas de mortalidade e 80% das taxas de incidência até 2030, de modo a eliminar a doença até 2050. Para atingir essas metas, três pilares de ações são recomendados aos governos: cuidados e prevenção centrados no paciente e integrados aos demais cuidados; políticas arrojadas e sistemas de saúde fortes; e intensificação de pesquisas e inovação. Porém, na prática, o que se tem evidenciado é que na velocidade atual de redução, essas metas não serão atingidas dentro dos prazos dos acordos internacionais (TRAJMA et al., 2018).

Em junho de 2017, o Ministério da Saúde por meio do PNCT, como parte do esforço global para redução do coeficiente de incidência e mortalidade, lançou o Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública no Brasil. Construído a partir da discussão com gestores de programas de tuberculose, sociedade civil e academia, o plano tem por meta a redução do coeficiente de incidência de tuberculose para menos de 10 casos por 100 mil habitantes até 2035, e a redução do coeficiente de mortalidade para menos de 1 óbito por 100 mil habitantes até o mesmo ano (BRASIL, 2018).

Esse Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose serve de subsídio para o planejamento das ações que permitam a melhoria dos indicadores de tuberculose nos municípios brasileiros, através do envolvimento dos diferentes atores envolvidos para a formulação de estratégias que fortaleçam o acesso à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento da tuberculose, resultando na diminuição da incidência e do número de mortes pela doença no País (BRASIL, 2017).

A tuberculose se apresenta como uma doença com determinantes biológicos, clínicos e socioeconômicos importantes, sendo preciso investir recursos e empregar diferentes ferramentas para que os objetivos e metas pactuados sejam alcançados. É fato, que o benefício das estratégias de proteção social nos desfechos da doença aumenta as chances de sucesso do tratamento da TB nas pessoas mais pobres (como exemplo, aquelas contempladas pelo programa Bolsa Família). Além disso, a incorporação de tecnologias e inovações, que aperfeiçoem os testes diagnósticos e tornem os tratamentos mais rápidos e menos tóxicos, é fundamental no diagnóstico precoce e adesão do tratamento pelos pacientes (TRAJMA et al., 2018).

Historicamente, tem-se evidenciado no Brasil uma melhoria no controle da tuberculose. Essa evolução se iniciou a partir da década de 1990 com a implementação da ESF, onde o atendimento dos indivíduos com TB na atenção primária vem contribuindo significativamente para o enfrentamento da doença. Além disso, em 2009 foi introduzido o novo esquema terapêutico com a rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol (RHZE) em doses fixas combinadas; e em 2014 foi implementado no Sistema Único de Saúde (SUS) o teste de diagnóstico rápido (GeneXpert MTB/RIF) (MACIEL et al., 2018).

Ao longo dos últimos anos, diversos avanços foram alcançados pelos Programa de Controle da Tuberculose (PCT) em todas as esferas de gestão do SUS. Contudo, ainda existem desafios a serem superados para o alcance do objetivo de acabar com a tuberculose como um problema de saúde pública no Brasil. Verifica-se a necessidade de consolidação das ações nos estados e municípios para o combate à tuberculose diante das recomendações nacionais, reforçando-se as atividades de planejamento, coordenação, supervisão e avaliação para a pronta correção das falhas na implementação do PCT encontradas durante o processo (BRASIL, 2018).

3.3 Hanseníase

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa crônica, cujo agente etiológico é o *Mycobacterium leprae*, que tem alta infectividade e baixa patogenicidade, o que se dá em função de suas características intrínsecas, e da relação do bacilo com o hospedeiro, além do grau de endemicidade do meio. É um agravo à saúde transmitido mediante o contato direto de um doente bacilífero com uma pessoa susceptível, principalmente através das vias aéreas superiores, sobretudo no ambiente domiciliar onde ocorre um contato íntimo e prolongado (SCHNEEIDER & FREITAS, 2018).

O *Mycobacterium leprae*, ocasiona alterações imunológicas importantes e provoca manifestações características, como: alterações cutâneas, neurológicas, viscerais, oculares e otorrinolaringológicas. Além disso, tem tropismo pelos nervos periféricos e por isso pode provocar lesões teciduais e desmielinizantes nos nervos periféricos dos membros superiores e inferiores, o que causa perda gradativa de sensibilidade cutânea e dores, que sem tratamento oportuno e adequado evoluem

para atrofia, paresias e paralisias musculares, além de deformidades, promovendo o principal problema decorrente da hanseníase, a incapacidade física (MOURA et al., 2017; NOGUEIRA et al., 2017).

Esta evolução desfavorável da doença muitas vezes leva a uma redução substancial nas atividades da vida diárias dos pacientes acometidos, uma vez que se tornam ainda mais susceptíveis a acidentes, queimaduras e amputações. Por isso recomenda-se que todos os pacientes com hanseníase sejam submetidos no momento do diagnóstico, durante o tratamento, e na alta por cura, à avaliação do grau de incapacidade física, uma vez que a doença é capaz de comprometer funções importantes de forma transitória ou permanente (MOURA et al., 2017; NOGUEIRA et al., 2017).

Ressalta-se, diante do exposto, que as incapacidades físicas causadas pela hanseníase são fatores importantes no que diz respeito à restrição dos indivíduos à participação social e a qualidade de vida relacionada à saúde. Mesmo havendo cura e tratamento clínico para recuperação de algumas incapacidades, avaliá-las é fundamental para evidenciar as repercussões motoras na vida cotidiana do indivíduo (MOURA et al., 2017).

O diagnóstico precoce da hanseníase e o seu tratamento adequado evitam a evolução da doença, conseqüentemente impedem a instalação das incapacidades físicas por ela provocadas. Portanto, reconhece-se que a melhor maneira para evitar a expansão e evolução da hanseníase é o diagnóstico e tratamento precoce dos portadores, já que a partir do diagnóstico positivo e início do tratamento imediato, já se exclui, de certa forma, uma fonte de infecção, e conseqüentemente, diminuem as chances de incapacidades e deformidades físicas no paciente (RIBEIRO et al., 2012).

Segundo a OMS, a hanseníase representa um importante problema de saúde pública. Somente no ano de 2016, 143 países reportaram 214.783 casos novos de hanseníase, o que representa uma taxa de detecção de 2,9 casos por 100 mil habitantes. No Brasil, no mesmo ano, foram notificados 25.218 casos novos, perfazendo uma taxa de detecção de 12,2 casos por 100 mil habitantes, o que enquadra o país como de alta carga para a doença, sendo o segundo com o maior número de casos novos registrados no mundo (BRASIL, 2018).

Ao observar uma série histórica dos casos novos da doença no mundo, estudos da OMS apontam queda no número de casos de hanseníase entre os anos

de 2005 e 2015. Somente em 2015, 210.758 casos novos foram notificados em todo o mundo. A Índia ocupou a 1ª colocação com pouco mais de 127 mil casos novos, seguida do Brasil com pouco mais de 26 mil casos novos (SCHNEIDER & FREITAS, 2018).

No Brasil, dados epidemiológicos sobre a hanseníase revelam que o país ocupa o segundo lugar em números de casos detectados no mundo, com 13% dos novos casos mundiais, tendo a região Nordeste o maior número de casos novos registrados (NOGUEIRA et al., 2017). E, no que se refere a sua distribuição no território nacional, a hanseníase não está distribuída de forma homogênea, sendo identificadas áreas geográficas de risco que concentram maior endemicidade, denominadas municípios prioritários, localizados em todas as Unidades da Federação, mas que se concentram principalmente nos estados do Maranhão, Mato Grosso, Pará e Rondônia. Além desses Estados foram consideradas de grande importância epidemiológica as regiões metropolitanas de Recife e Fortaleza (BRASIL, 2012).

O estado de Pernambuco se sobressai em relação aos indicadores da doença. O coeficiente de detecção de casos novos em 2010 foi de 31,7 casos por 100.000 habitantes, tendo significativo destaque no cenário nacional. Além disso, para os menores de 15 anos, o mesmo indicador foi de 12,1 casos por 100.000 habitantes, o que é considerado um padrão de elevada magnitude. Verificam-se áreas mais endêmicas concentradas a leste e a oeste de Pernambuco, próximo à área metropolitana e ao semiárido. Entre os 184 municípios do Estado, 25 são considerados hiperendêmicos (LEAL et al., 2017).

Segundo SCHNEIDER & FREITAS (2018):

“Essa distribuição heterogênea da doença pode ser uma resposta aos fatores de capacidade diagnóstica e vulnerabilidade territorial pela presença de fontes de transmissibilidade e às desigualdades socioeconômicas no acesso aos serviços de saúde no país”.

Diante da magnitude da hanseníase no país, a doença faz parte das prioridades de gestão do Ministério da Saúde, através do Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH) (MORENO, 2008). O PNCH “desenvolve um conjunto de ações que visam orientar a prática no serviço de saúde em todas as instâncias e em diferentes complexidades, de acordo com os princípios do SUS, fortalecendo as ações de vigilância epidemiológica e promoção da saúde, com base

na educação permanente para a assistência integral aos portadores desse agravo” (BRASIL (2006).

O Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH ou, simplesmente, PCH) busca a integração dos serviços de saúde através do planejamento e execução de atividades que vão desde o diagnóstico precoce e o tratamento oportuno dos casos até a identificação das reações hansênicas, neurites, prevenção de incapacidades e acesso ao autocuidado e reabilitação física. As ações do programa possuem indicadores de monitoramento que foram estabelecidos pela Portaria GM Nº 3.125 de 7 de outubro de 2010 do Ministério da Saúde, relacionados com a força de morbidade, de magnitude da hanseníase e perfil epidemiológico (indicadores epidemiológicos), e com a qualidade das ações e serviços prestados (indicadores operacionais) (SAMPAIO et al., 2009; RIBEIRO et al., 2012).

Visando a contenção dos impactos causados pela doença, o Ministério da Saúde (MS) vem firmando compromissos mundiais para a intensificação da busca ativa e a eliminação da hanseníase. Inicialmente, o MS lançou no ano de 2002 o Plano Nacional de Mobilização e Intensificação das Ações para a Eliminação da Hanseníase e Controle da Tuberculose no Brasil, que firmava a meta de erradicar a hanseníase no país até o ano 2005. Como o objetivo não foi alcançado, novas metas foram traçadas. Em 2011, o MS em consonância com os objetivos da OMS assume, por meio do Plano Integrado de Ações Estratégicas para Eliminação da Hanseníase, o compromisso político de enfrentamento dessa doença negligenciada em prol da sua eliminação como problema de saúde pública, por meio do diagnóstico precoce e tratamento oportuno (COSTA et al., 2019; SCHNEIDER & FREITAS 2018).

A estratégia para redução da carga da hanseníase no país, com alcance da meta de eliminação da doença enquanto problema de saúde pública em nível nacional, baseia-se essencialmente no aumento da detecção precoce e na cura dos casos diagnosticados. Todavia, apesar da importante redução do coeficiente de prevalência de hanseníase do Brasil nos últimos anos, algumas regiões demandam intensificação das ações para eliminação da doença, o que se justifica por um padrão de alta endemicidade (BRASIL, 2012).

Segundo estudiosos, apesar do enorme desafio em controlar a hanseníase enquanto problema de saúde pública, o diagnóstico e o tratamento da doença são factíveis na maioria dos países endêmicos. No Brasil, para dar conta desses desafios as ações do PNCH baseiam-se em cinco componentes: Vigilância

Epidemiológica, Gestão, Atenção Integral, Comunicação/Educação e Pesquisa (LOCKWOOD & SUNEETHA, 2005; SAMPAIO, 2009).

A principal estratégia para o controle da hanseníase está fundamentada na organização de uma rede de atenção pautada na integração das ações de controle, realizadas a partir do diagnóstico precoce, tratamento, prevenção de incapacidades e vigilância dos contatos ainda no primeiro nível de atenção, a APS. Essas ações devem estar pautadas nos atributos essenciais da APS proposto pelo MS (acesso de primeiro contato e utilização, longitudinalidade, integralidade da atenção e coordenação) além dos princípios derivados (orientação familiar e comunitária e competência cultural) (LANZA et al., 2014).

Estudos apontam que apesar das recomendações, não há uma efetiva incorporação das ações de controle da hanseníase na atenção primária. Algumas dificuldades estão relacionadas à realização da vigilância dos casos, principalmente no que se refere as atribuições dos agentes comunitários de saúde (ACS) quanto à abordagem coletiva do agravo para a realização das atividades de educação e promoção à saúde – atividades educativas; busca de sintomáticos dermatoneurológicos, faltosos e comunicantes, além da supervisão do tratamento poliquimioterápico – (LANZA et al., 2014).

Mesmo diante de algumas estratégias do Ministério da Saúde para o enfrentamento da hanseníase, a fim de eliminar essa doença enquanto problema de saúde pública no Brasil, alguns desafios continuam se destacando, e dentre eles: a necessidade de novas estratégias técnico-políticas que promovam impacto na endemia; o desenvolvimento de ações que favoreçam o diagnóstico precoce na faixa etária de menores de 15 anos; a garantia da rede de atenção à saúde ao paciente de hanseníase; a garantia de treinamento dos profissionais do SUS nas ações de diagnóstico e tratamento de casos, e de educação em saúde; o desenvolvimento de parcerias eficazes com organizações não governamentais, entidades civis e religiosas, a fim de mobilizá-las para a luta na redução do estigma e discriminação contra as pessoas com hanseníase e suas famílias; e por fim assegurar o financiamento para o desenvolvimento de ações específicas (BRASIL, 2012).

3.4 Programa de Enfrentamento às Doenças Negligenciadas - SANAR

Diante da situação epidemiológica das doenças negligenciadas e

relacionadas à pobreza no país, programas específicos de intervenção têm dado prioridade ao grupo dessas doenças infecciosas e parasitárias mediante ações que pretendem atuar na causalidade socioambiental dos grupos mais vulneráveis (CABRAL et al., 2012).

As doenças negligenciadas caracterizam-se por apresentarem um peso perante a sociedade e qualidade de vida, o que justifica as intensificações de ações de controle. Em geral elas possuem intervenções técnicas viáveis, não possuem financiamento específico, causam incapacidade, são preveníveis ou eliminadas com quimioterápicos, e possuem disponibilidade de diagnóstico e tratamento na rede de saúde pública (LOPES, 2015; PERNAMBUCO, 2014).

Neste sentido, desde 2011 a Secretaria Estadual de Saúde do estado de Pernambuco (SES-PE) vem desenvolvendo, por meio da Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde (SEVS), uma estratégia de enfrentamento às doenças transmissíveis negligenciadas que apresentam indicadores inaceitáveis no estado de Pernambuco, visando reduzir ou eliminá-las enquanto problema de saúde pública. Em 2013, o governo de Pernambuco instituiu através do Decreto nº 39.497 de 11 de junho de 2013, o Programa de Enfrentamento às Doenças Negligenciadas (Programa SANAR), que a partir de dezembro de 2014 foi incluído formalmente no organograma da SES-PE como uma Superintendência (PERNAMBUCO, 2011).

O Programa SANAR, fez de Pernambuco o primeiro estado brasileiro a desenvolver um programa específico para enfrentamento integrado das doenças negligenciadas. Esse programa inicialmente teve duração de quatro anos (2011 a 2014), sendo prorrogado para um segundo quadriênio (2015-2018) e atualmente encontra-se no terceiro quadriênio (2019-2022). Apesar dos desafios, o Programa SANAR busca sintetizar o compromisso político e institucional da gestão do SUS no estado de Pernambuco, com a redução da carga dessas doenças e das iniquidades sociais por consequência dessas enfermidades (PERNAMBUCO, 2014, 2017; FRANÇA, 2016).

Para a realização das atividades do Programa SANAR, em cada quadriênio são definidos os agravos à saúde e os municípios que serão prioritários para realização das ações estratégicas. As doenças contempladas são definidas mediante a consideração de critérios existentes em resoluções, documentos técnicos e protocolos vigentes da Organização Panamericana de Saúde (OPAS), OMS e Ministério da Saúde. E, para o elenco dos municípios são estudados os

indicadores epidemiológicos de cada doença, considerando a disponibilidade dos dados nos sistemas de informação dos últimos cinco anos (PERNAMBUCO, 2014).

O foco das ações do Programa SANAR visa o fortalecimento da vigilância em saúde e atenção básica voltada para identificação e manejo clínico adequados de pacientes, ampliação do diagnóstico laboratorial, melhoria do acesso ao tratamento e realização de ações educativas e de mobilização social. Como cada agravo possui estratégias peculiares no que se refere ao modo de enfrentamento, foram criados uma coordenação e um quadro de técnicos para atuação específica no SANAR. Esses profissionais desenvolvem suas atividades sediados no nível central da SES-PE e nas Gerências Regionais de Saúde (GERES) (PERNAMBUCO, 2014).

A estratégia definida pelo Programa SANAR para a tuberculose e a hanseníase recebeu o nome de Assessoramento Técnico, e teve como principal propósito atuar junto às equipes das unidades de saúde e junto às coordenações do PCT e PCH dos municípios prioritários, com foco nos processos de trabalho. Para isso, foi realizado o diagnóstico de situação dos indicadores operacionais dos referidos programas por meio da aplicação de um instrumento padronizado, identificando-se os entraves e as estratégias de superação mais factíveis; e foram realizadas “matriciamento” em serviço (PERNAMBUCO, 2017).

3.5 Avaliação em Saúde

A avaliação é uma atividade antiga que ganha fôlego após a Segunda Guerra Mundial em virtude da necessidade de se avaliar os programas públicos, com o objetivo de verificar os meios mais eficazes de atribuição dos recursos do Estado nas suas diversas áreas de atuação (educação, emprego, saúde entre outras). A partir daí, se iniciam os métodos de avaliação dos economistas que despontam como os pioneiros nessa atividade; e desde então, a avaliação passa por um longo processo evolutivo e adquire uma perspectiva interdisciplinar e baseada nos aspectos metodológicos (HARTZ, 1997).

Segundo a literatura as definições de avaliação são diversas, e há ainda estudiosos que vão além e afirmam que cada autor estabelece a sua própria definição. Segundo Contandriopoulos et al. (1997), conforme citado por UCHIMURA 2002:

"Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa)".

Entende-se por intervenção, um conjunto de meios (físicos, humanos, financeiros e simbólicos) organizados em um contexto e tempo específicos, a fim de produzir bens e serviços para a alteração ou melhoria de determinado problema. A intervenção possui cinco componentes principais: objetivos, recursos, serviços/bens ou atividades, efeitos e contexto. Além disso, essa intervenção pode ser representada por uma técnica, um programa, um tratamento, uma política ou uma organização (HARTZ, 1997).

A realização de uma avaliação requer, inicialmente, a identificação de perguntas condutoras e a formulação das hipóteses, porém antes disso se faz necessário verificar o conjunto de atores envolvidos, o grau de complexidade do problema e das ações, a disponibilidade dos recursos necessários e a concordância de perspectivas entre quem solicita e quem executa a avaliação. Com base nessas informações serão identificados as ferramentas e os efeitos do programa, necessários para o enfrentamento da problemática (MATIDA & CAMACHO, 2004).

Tanto a avaliação normativa quanto a pesquisa avaliativa podem estar presentes na avaliação de uma mesma intervenção. Caso o estudo seja direcionado a cada um dos componentes da intervenção em relação às normas e critérios, caracteriza-se uma avaliação normativa, porém se o foco for o de examinar um procedimento científico as relações que existem entre os diferentes componentes de uma intervenção, trata-se de uma pesquisa avaliativa (HARTZ, 1997).

Apesar de ser uma atividade presente desde os primórdios da humanidade, no Brasil apenas a partir dos anos 80 a pesquisa de avaliação de políticas passa a ser desenvolvida, de maneira ainda bastante insipiente (UCHIMURA & BOSI, 2002).

Diante da necessidade de contenção de gastos e monitoramento dos custos surge a necessidade de avaliar os programas e serviços de saúde e, posteriormente, a partir dos modelos de gestão baseada em resultados. Sabe-se que há uma distância significativa entre o que está preconizado nas normas de funcionamento de um programa e o que se concretiza na prática visto que com sua implementação o programa passa a sofrer as influências do contexto no qual está inserido mesmo que teoricamente o programa se encontre bem estruturado ética e politicamente

(SOUZA, 2008).

Pesquisa avaliativa consiste na realização de um julgamento de uma intervenção utilizando métodos científicos, a fim de verificar as relações existentes entre uma intervenção e o contexto em que se situa, com o objetivo de direcionar a tomada de decisão. Essa pesquisa pode se decompor em seis tipos de análise: análise estratégica, análise dos efeitos, análise da intervenção, análise de rendimento, análise da produtividade e análise da implantação (HARTZ, 1997).

Segundo Denis e Champagne (1997), análise da implantação aborda três componentes básicos: a análise da influência dos determinantes contextuais no grau de implantação da intervenção (Componente 1); a análise das variações da implantação na eficácia da intervenção (Componente 2) e a análise da interação entre o contexto e a intervenção nos efeitos observados (Componente 3).

4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de uma avaliação normativa (apreciação da estrutura e análise de processo) realizada a partir da análise do grau de implantação das ações dos Programas Municipais de Controle da Tuberculose (PCT) e da Hanseníase (PCH) na atenção primária à saúde de municípios prioritários no estado de Pernambuco, antes e após a intervenção do Programa SANAR, a fim de verificar a adequação entre as recomendações propostas pelos referidos programas e a executada após a referida intervenção.

4.2 Período do Estudo

Foi realizado o estudo das ações do PCT e PCH executadas no quadriênio referente aos anos de 2015 – 2018, visto que a gestão da SES-PE define o planejamento estratégico para o período de quatro anos da gestão vigente.

4.3 Local do Estudo

Este estudo foi desenvolvido em cinco municípios do estado de Pernambuco, pertencentes ao grupo dos 15 selecionados como prioritários para o Programa SANAR nos agravos tuberculose e hanseníase. Esses 15 municípios foram apontados como prioritários em 2017, porque no que se refere a hanseníase representavam 64% dos casos na população geral e 67% dos casos notificados em menores de 15 anos; e quanto à tuberculose, concentrava 68% dos casos do estado de Pernambuco.

A escolha dos cinco municípios para este estudo – Jaboatão dos Guararapes, Olinda e Ipojuca (I Gerência Regional de Saúde - GERES); Escada (III GERES); e Goiana (XII GERES) –, levou em consideração a realização da intervenção e a realização de coleta de dados para avaliação da “estrutura” e do “processo” das ações do PCT e do PCH antes (momento denominado “assessoramento técnico”) e depois (momento denominado “monitoramento técnico”) do Programa SANAR durante o quadriênio 2015 – 2018.

Demonstra-se no Quadro 1 a seguir, o total de unidades de saúde da Estratégias Saúde da Família (ESF), por município selecionado, e segundo o programa de controle avaliado.

Quadro 1. Municípios prioritários para a intervenção do Programa SANAR, no quadriênio 2015 – 2018, nos Programas Municipais de Controle da Tuberculose (PCT) e da Hanseníase (PCH), selecionados para este estudo, com o respectivo número de unidades da ESF participantes e a Gerência Regional de Saúde (GERES) a que pertencem.

GERES	Município	Nº ESF Selecionadas	
		PCT	PCH
I	Jaboatão dos Guararapes	22	16
I	Olinda	21	19
I	Ipojuca	06	06
III	Escada	06	06
XII	Goiana	06	07
Total		61	54

Fonte: A Autora

4.3.1 Jaboatão dos Guararapes

Representa um dos principais municípios da Região Metropolitana do Recife, distante apenas 18 km da capital pernambucana, é o segundo maior em número de habitantes (644.620) ficando atrás apenas da capital, Recife. Apresenta uma extensão territorial de 258,724 km², e uma densidade demográfica de 2.491,82 hab./ km² (JABOATÃO DOS GUARARAPES; IBGE, 2019).

Em 2017, o salário médio mensal era de 2,1 salários-mínimos e a proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de apenas 15.8%. O Produto Interno Bruto (PIB) per capita neste mesmo período era de R\$19.463,25. No que diz respeito a mortalidade infantil, a taxa média no município é de 10,63 óbitos por 1.000 nascidos vivos (IBGE, 2019).

4.3.2 Olinda

Olinda representa o 3º maior município pernambucano, com uma extensão territorial de 41,300 km², e uma população de 377.779 habitantes, o que caracteriza uma densidade demográfica de 9.063,58 hab./ km² (OLINDA; IBGE, 2019).

Distante apenas 6 km da capital do Estado, o município possui uma área urbanizada de 36,73 km² (98% do município), o que faz dela uma cidade

eminentemente urbana. No que se refere a sua economia, a cidade possui um PIB per capita de R\$ 13.917,85, com um salário médio mensal de 1.7 salários-mínimos e pouco mais de 21% de ocupação em relação à população total. No quesito saúde, apresenta uma taxa de mortalidade infantil de 10,23 óbitos por 1.000 nascidos vivos (OLINDA; IBGE, 2019).

4.3.3 Ipojuca

Município da Região Metropolitana do Recife, distante 50 km da capital, Ipojuca apresenta uma vasta orla marítima mundialmente conhecida, além de um complexo industrial e portuário com mais de 100 empresas instaladas (Complexo Industrial e Portuário Governador Eraldo Gueiros – Suape). No último censo, realizado em 2010, apresentava uma população de 80.637 habitantes, numa extensão territorial de 521,801 km², caracterizando assim uma densidade demográfica de 152,98 hab./ km² (IBGE, 2019).

Em 2017, o salário médio mensal era de 3,4 salários-mínimos, e o PIB per capita de R\$115.089,32. No que se refere à saúde, a taxa de mortalidade infantil municipal chega a 12,05 óbitos por 1.000 nascidos vivos (IBGE, 2019).

4.3.4 Escada

Município pernambucano distando 63 km da capital do estado. O nome "Escada" provém da capela erguida por missionários de Portugal para a catequese dos índios, que se localizava no alto de um terreno, cuja escada foi construída para dar acesso a um "nicho" em louvor a Nossa Senhora d'Apresentação, que ficou conhecida como Nossa Senhora da Escada. Possui 63.517 habitantes, em sua maioria adultos jovens, com uma extensão territorial de pouco mais de 342 km² e destas apenas 37% dos domicílios possuem esgotamento sanitário adequado (IBGE, 2019).

No que se refere à economia o município apresenta um PIB per capita de R\$12.758,47. E, no quesito saúde, a taxa de mortalidade infantil é de 10,19 óbitos por 1.000 nascidos vivos (IBGE, 2019).

4.3.5 Goiana

O município de Goiana possui uma população de 75.644 habitantes, o que a enquadra como a 19ª cidade com maior população no estado de Pernambuco. Contempla uma área territorial de 445,886 km² e uma densidade demográfica de 150,72 hab./km² (IBGE, 2019).

Analisando sua economia, apresenta um PIB per capita de R\$115.419,25; e referente aos indicadores de saúde, possui uma taxa de mortalidade infantil de 10,14 óbitos por 1.000 nascidos vivos (IBGE, 2019).

4.4 Coleta dos dados

O estudo utilizou dados secundários coletados pelo Programa SANAR no quadriênio 2015 – 2018, durante as visitas de “assessoramento técnico” e “monitoramento técnico”, em 61 unidades da ESF para tuberculose e 54 unidades da ESF para hanseníase, e em entrevistas com a gestão municipal dos cinco municípios prioritários selecionados para este estudo, totalizando 40 matrizes analisadas, sendo 20 referentes à tuberculose e 20 referentes à hanseníase.

As ações do assessoramento técnico aos municípios prioritários foram orientadas por um modelo lógico (ML) elaborado pelo Programa SANAR, no ano de 2011, que contempla os componentes Gestão, Vigilância Epidemiológica, Assistência ao Paciente e Educação e Comunicação em Saúde (Anexo A). A partir do ML foram construídas as matrizes de análise e julgamento para a gestão e para as USF, preenchidas através de um instrumento padronizado aplicado junto ao coordenador dos PCT e PCH e dos profissionais das unidades de saúde, respectivamente.

Passados no mínimo três meses desde a realização do assessoramento técnico todas as unidades de saúde assessoradas foram revisitadas realizando-se o monitoramento das ações pactuadas. Ou seja, foi feita a reaplicação do instrumento padronizado e preenchida novas matrizes de análise e julgamento, a fim de identificar as mudanças alcançadas após a intervenção do Programa SANAR.

4.5 Análise dos Dados

Tem-se no subitem 4.5.1 os Quadros 5 e 6 (relativo ao PCT) e no subitem 4.5.2 os Quadros 7 e 8 (relativo ao PCH), respectivamente, as Matrizes de Informação do Componente Estrutura e Processo, com os indicadores e pontuação adotada, para classificação do Grau de Implantação dos referidos programas nas unidades de saúde da ESF dos cinco municípios pernambucanos participantes do Programa SANAR e selecionados para este estudo.

Em seguida tem-se as Matrizes de Análise e Julgamento, respectivamente dos componentes Estrutura e Processo, do PCT no subitem 4.5.3 (Quadros 9 e 10) e do PCH no subitem 4.5.4 (Quadros 11 e 12).

Para Julgamento do Grau de Implantação “GI” (Estrutura e Processo), tanto na análise das dimensões unitárias dos serviços, por município selecionado – Jaboatão dos Guararapes (1), Olinda (2), Ipojuca (3), Escada (4) e Goiana (5) –, quanto na dimensão global desses municípios, realizou-se: a soma dos indicadores da pontuação observada “PO” em relação a pontuação máxima esperada “PME” dos componentes Estrutura “E” e Processo “P”, calculando-se a implantação através das seguintes fórmulas:

a) Dimensão Unitária “DU”:

$$GI (DU) = \frac{\sum PO (E) + \sum PO (P)}{\sum PME (E) + \sum PME (P)} \times 100$$

b) Dimensão Global “DG”:

$$GI (DG) = \frac{\sum PO DU (1) + \sum PO DU (2) + \sum PO DU (3) + \sum PO DU (4) + \sum PO DU (5) / 5}{\sum PME (1) + \sum PME (2) + \sum PME (3) + \sum PME (4) + \sum PME (5) / 5} \times 100$$

Com base no estudo de Pereira et al. (2013), os seguintes escores foram considerados para determinar o grau de implantação:

a) Duas possibilidades de resposta

Quadro 2. Escores utilizado para análise da estrutura e do processo do PCT e PCH nos serviços da ESF e Julgamento de seu Grau de Implantação (GI) antes e após o Programa SANAR.

ESCORES	GRAU DE IMPLANTAÇÃO	
Sim = 1 (100%)	Implantado	
Não = 0	Não implantado	

Fonte: Autora

b) Três possibilidades de resposta

Quadro 3. Escores utilizado para análise da estrutura e do processo do PCT e PCH nos serviços da ESF e Julgamento de seu Grau de Implantação (GI) antes e após o Programa SANAR.

ESCORES	GRAU DE IMPLANTAÇÃO	
Sim = 2 (100%)	Implantado	
Em parte = 1 (50%)	Implantação Insatisfatória (baixo nível de implantação)	
Não = 0	Não implantado	

Fonte: Autora

c) Quatro possibilidades de resposta

Quadro 4. Escores utilizado para análise da estrutura e do processo do PCT e PCH nos serviços da ESF e Julgamento de seu Grau de Implantação (GI) antes e após o Programa SANAR.

ESCORES	GRAU DE IMPLANTAÇÃO	
≥ 80% (4 pontos)	Implantado	
79,9 a 60% (3 pontos)	Parcialmente Implantado	
59,9 a 40% (2 pontos)	Implantação Insatisfatória (baixo nível de implantação)	
< 40% > Zero (1 ponto)	Implantação Incipiente	

Fonte: A Autora

4.5.1 Matrizes de Informação – Programa de Controle da Tuberculose

Quadro 5. Matriz de Informação – Indicadores utilizados, nas visitas de “assessoramento e monitoramento técnico”, para **Apreciação da Estrutura** das USF de cinco municípios de Pernambuco, selecionados a fim de estabelecer o Grau de Implantação das ações do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) antes e após a intervenção do Programa SANAR, quadriênio 2015 – 2018.

Continua

Indicador - Apreciação da Estrutura	Cálculo do Indicador	Pontuação adotada
Recursos Humanos		
Nº de profissionais na ESF, por categoria de nível superior (médico, enfermeiro e dentista) e de nível médio (técnico ou auxiliar de enfermagem e de saúde bucal, e ACS) disponíveis para as ações do PCT.	Profissionais por categoria, de nível superior e de nível médio, disponíveis para as ações do PCT.	Mínimo 4 categorias profissionais (um médico, um enfermeiro, um técnico ou auxiliar de enfermagem e um ACS). Sim para todos = 2 (Pontuação Máxima Esperada) A cada categoria não existente diminuir 0,5 ponto.
Nº de ACS, por microárea, disponíveis para as ações do PCT.	Nº de ACS, por microárea, da ESF / Nº de microáreas do território adscrito disponíveis para as ações do PCT.	Sim (1 ACS por microárea) = 2 (Pontuação Máxima Esperada); Para cada microárea descoberta diminuir 0,5.
Impressos		
Disponibilidade na USF dos seguintes impressos/materiais pertinentes ao PCT: 1) Ficha de Notificação/Investigação de Tuberculose; 2) Livro de Registro de Pacientes e Acompanhamento do Tratamento dos Casos de Tuberculose; 3) Livro de Registro de Sintomático Respiratório (SR); 4) Impresso de Controle de Contatos; 5) Ficha de Acompanhamento Diário do Tratamento Diretamente Observado (TDO); 6) Ficha de Notificação de Infecção Latente (ILTb).	Disponibilidade ou não na USF, dos impressos/materiais referidos, na ocasião da visita de “assessoramento/monitoramento técnico”.	Sim para todos os itens = 6 (Pontuação Máxima Esperada); A cada item que não seja apresentado diminuir 1 ponto.
Materiais para Assistência ao paciente		
Potes plásticos para coleta de exame de escarro.	Constatação, durante a visita de “assessoramento/monitoramento técnico”, da disponibilidade de potes plásticos para coleta de exame de escarro na USF.	Potes plásticos disponíveis: Sim = 3 (100%) e Não = 0 (Zero)
BCG no Município.	Constatação, durante a visita de “assessoramento/monitoramento técnico”, da disponibilidade de BCG no Município.	BCG no Município: Sim = 2 (100%) e Não = 0 (Zero)

Quadro 5. Matriz de Informação – Indicadores utilizados, nas visitas de “assessoramento e monitoramento técnico”, para **Apreciação da Estrutura** das USF de cinco municípios de Pernambuco, selecionados a fim de estabelecer o Grau de Implantação das ações do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) antes e após a intervenção do Programa SANAR, quadriênio 2015 – 2018.

Continuação

Poliquimioterapia (esquema básico para tuberculose) disponibilizada aos pacientes em tempo oportuno.	Constatação durante a visita de “assessoramento/monitoramento técnico”, da disponibilização do esquema básico para tuberculose aos pacientes, em até 7 dias.	Poliquimioterápicos disponibilizados ao paciente: Até 7 dias = 4 (100%); Entre 7 e 15 dias = 2 (50%) Mais de 15 dias = 0 (Zero)
Isoniazida, disponibilizada aos portadores de ILTB em tempo oportuno.	Constatação, durante a visita de “assessoramento/monitoramento técnico”, da disponibilização da Isoniazida aos portadores de ILTB, em até 7 dias.	Isoniazida aos portadores de ILTB: Até 7 dias = 4 (100%); Entre 7 e 15 dias = 2 (50%) Mais de 15 dias = 0 (Zero)
Raio-X, em funcionamento, no Município.	Constatação durante a visita de “assessoramento/monitoramento técnico”, da disponibilidade de Raio-X em perfeito estado de funcionamento, no Município.	Raio-X, em funcionamento, no Município: Sim = 3 (100%) e Não = 0 (Zero)
Referência Secundária, formalmente estabelecida para o Município.	Constatação, durante a visita de “assessoramento/monitoramento técnico”, da disponibilidade de Referência Secundária (para encaminhamento dos casos quando necessário) formalmente estabelecida pelo Município.	Referência Secundária formalmente estabelecida: Sim = 2 (100%) e Não = 0 (Zero)
Materiais Instrucionais		
Disponibilidade na USF das seguintes normas técnicas e manuais sobre diagnóstico e vigilância da tuberculose (TB): 1) Manual de Recomendação para o Controle da Tuberculose no Brasil; 2) Guia de Orientação para Coleta de Escarro – 2014; 3) Nota Informativa nº 08, de 2014 CGPNCT/DEVEP/SVS/MS (Recomendações para Controle de Contatos e Tratamento da Infecção Latente da Tuberculose na indisponibilidade transitória do Derivado Proteico Purificado); e 4) Nota Técnica nº 32/2014 DGCD/SEVS/SES-PE (Sobre Critérios para Coleta e Acondicionamento do Escarro, Indicação de Cultura do Escarro e Fluxo de Diagnóstico).	Constatação, durante a visita de “assessoramento/monitoramento técnico”, da disponibilidade na USF das normas (Nota informativa nº08/2014 e Nota técnica nº32/2014) e manuais sobre diagnóstico e vigilância da TB (Manual de Recomendações para Controle da TB e Guia de Orientações para Coleta do Escarro).	Sim para todos os itens = 2 (Pontuação Máxima Esperada); A cada item que não seja apresentado diminuir 0,5 ponto.

Fonte: A Autora

Quadro 6. Matriz de Informação – Indicadores utilizados, nas visitas de “assessoramento e monitoramento técnico”, para a **Análise de Processo** do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) nas USF de cinco municípios de Pernambuco, selecionados a fim de estabelecer o Grau de Implantação das ações do referido programa antes e após a intervenção do Programa SANAR, quadriênio 2015 – 2018.

Continua

Assistência ao Paciente		
Percentual de casos de TB confirmados bacteriologicamente.	Nº de casos de TB com baciloscopia e ou cultura positivas no período / Nº de casos de TB no período X 100.	Percentual dos casos de tuberculose confirmados bacteriologicamente com resultado de cultura e/ou baciloscopia, registrados no Sinan: 100% = 4; 75 a 99,9%=3; 50 a 74,9% =2; <50% = 0
Identificação dos critérios para solicitação de cultura: 1) Retratamento; 2) Baciloscopia positiva a partir do 2º mês de tratamento; 3) Casos HIV positivos; 4) Populações Especiais.	Constatação, durante a visita de “assessoramento/monitoramento técnico”, da identificação dos critérios para solicitação de cultura pela USF.	Sim para todos os itens = 4 (Pontuação Máxima Esperada); A cada critério que não seja identificado diminuir 1,0 ponto.
Percentual de casos de TB que realizaram tratamento diretamente observado (TDO), pela USF, com registro no Livro de Acompanhamento ou Sinan.	Nº de casos de TB que realizaram TDO no período, com registro no Sinan/Livro de Acompanhamento / Nº de casos de TB notificados no período X 100.	Percentual de casos de tuberculose que realizaram TDO registrado no livro de Acompanhamento ou no Sinan: ≥ 80% = 2; 50 a 79,9%=1; <50%= 0
Realização de tratamento diretamente observado (TDO), referido pela USF.	Informação verbal da realização do TDO, obtida durante a visita de “assessoramento/monitoramento técnico” à USF.	A USF refere realizar o TDO: Sim = 2 (100%); Às vezes = 1 (50%); Não = 0 (Zero)
Percentual de casos de tuberculose em tratamento que realizam baciloscopia de acompanhamento mensal.	Nº de casos de TB em acompanhamento com registro atualizado de baciloscopia mensal / Nº de casos de TB em acompanhamento X 100.	Percentual dos casos de tuberculose que realizaram baciloscopia, de acompanhamento mensal: 100% = 4; 75 a 99,9%=3; 50 a 74,9% =2; <50% = 0
Percentual de casos de tuberculose testados para HIV.	Nº de casos de TB notificados com teste de HIV realizado no período / Nº de casos de TB notificados no período X 100.	Percentual dos casos de tuberculose que realizaram testagem para HIV: ≥ 75% = 4; 50 a 74,9%=2; <50%= 0
Busca ativa de faltosos ao tratamento de TB através de visita domiciliar.	Constatação, durante a visita de “assessoramento/monitoramento técnico”, da realização de busca ativa de faltosos ao tratamento da TB através de registros na USF.	A busca de faltosos é realizada: Sim = 4 (100%); Às vezes = (50%); Não = 0 (Zero)
Fluxo de recolhimento de amostras de escarro para diagnóstico de TB na USF.	Informação da existência de fluxo de recolhimento de amostras de escarro para diagnóstico de TB, obtida durante a visita de “assessoramento/monitoramento técnico” à USF.	Existe fluxo de recolhimento de amostra de escarro na USF: Sim = 3 (100%) e Não = 0 (Zero)

Quadro 6. Matriz de Informação – Indicadores utilizados, nas visitas de “assessoramento e monitoramento técnico”, para a **Análise de Processo** do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) nas USF de cinco municípios de Pernambuco, selecionados a fim de estabelecer o Grau de Implantação das ações do referido programa antes e após a intervenção do Programa SANAR, quadriênio 2015 – 2018.

Continuação

Assistência ao Paciente		
Entrega dos resultados de baciloscopia de escarro em tempo oportuno (até 7 dias).	Informação da entrega dos resultados das baciloscopias de escarro em até 7 dias, obtida durante a visita de “assessoramento/monitoramento técnico” à USF.	Tempo de entrega dos resultados das baciloscopias de escarro: Até 7 dias = 3 (100%); Entre 7 e 15 dias = 2 (50%); Mais de 15 dias = 0
Entrega dos resultados de cultura de escarro em tempo oportuno (até 60 dias).	Informação da entrega dos resultados das culturas de escarro, em até 60 dias, obtida durante a visita de “assessoramento/monitoramento técnico” à USF.	Tempo de entrega dos resultados das culturas de escarro: Até 60 dias = 3 (100%); > 60 até 90 dias = 2 (50%); > 90 dias = 0 (Zero)
Entrega dos resultados de Raio-X em tempo oportuno (até 7 dias).	Informação da entrega dos resultados de Raio-X em até 7 dias, obtida durante a visita de “assessoramento/monitoramento técnico” à USF.	Tempo de entrega dos resultados de Raio-X: Até 7 dias = 2 (100%); > 7 até 15 dias = 1 (50%); > 15 dias = 0 (Zero)
Entrega dos resultados de teste de HIV para os casos de tuberculose em tempo oportuno (até 30 dias).	Informação da entrega dos resultados do teste de HIV realizado nos casos de TB, em até 30 dias, obtida durante a visita de “assessoramento/monitoramento técnico” à USF.	Tempo de entrega dos resultados da testagem do HIV para os casos de TB: ≤ 30 dias = 3 (100%) > 30 dias = 0 (Zero)
Uso da ficha de referência e contrarreferência.	Informação de uso da ficha de referência e contrarreferência obtida durante a visita de “assessoramento/monitoramento técnico” à USF.	Uso da ficha de referência e contrarreferência nas USF: Sim = 2 (100%) Não = 0 (Zero)
Educação em Saúde		
Realização de atividades coletivas na USF sobre prevenção e controle da tuberculose.	Constatação, durante a visita de “assessoramento/monitoramento técnico”, da realização de atividades coletivas na USF sobre prevenção e controle da tuberculose (registro em atas, fotos, livro de reuniões etc.).	Frequência de realização das atividades coletivas: Mais de 1 por ano = 2 (100%); 1 por ano = 1 (50%); Nenhuma = 0 (Zero)
Realização de atividades em parcerias com escolas, igrejas, associações e outros equipamentos sociais da comunidade para realização de ações educativas de controle da TB.	Constatação, durante a visita de “assessoramento/monitoramento técnico”, da realização de atividades em parcerias com escolas, igrejas, associações e outros equipamentos sociais da comunidade para realização de ações educativas de controle da TB (registro em atas, fotos, livro de reuniões etc.).	Frequência de realização das atividades coletivas envolvendo equipamentos sociais: Mais de 1 por ano = 2 (100%); 1 por ano = 1 (50%); Nenhuma = 0 (Zero).
Realização de reuniões sobre TB entre a equipe de saúde, para a qualificação dos ACS no que se refere a sua abordagem nas visitas domiciliares.	Constatação, durante a visita de “assessoramento/monitoramento técnico”, da realização de reuniões em equipe para qualificação dos ACS no que se refere a sua abordagem nas visitas domiciliares (registro em atas, fotos, livro de reuniões etc.).	Frequência de realização das reuniões em equipe para qualificação dos ACS no que se refere a sua abordagem nas visitas domiciliares: 2 ou mais por ano = 2 (100%); 1 por ano = 1 (50%); Não = 0 (Zero).

Fonte: A Autora

4.5.2 Matrizes de Informação – Programa de Controle da Hanseníase

Quadro 7. Matriz de Informação – Indicadores utilizados para **Apreciação da Estrutura** das USF de cinco municípios de Pernambuco, selecionados a fim de estabelecer o Grau de Implantação das ações do Programa de Controle da Hanseníase (PCH) antes e após a intervenção do Programa SANAR, quadriênio 2015 – 2018.

Continua

Indicador - Apreciação da Estrutura	Cálculo do Indicador	Pontuação adotada
Recursos Humanos		
Nº de profissionais na ESF, por categoria de nível superior (médico, enfermeiro e dentista) e de nível médio (técnico ou auxiliar de enfermagem e de saúde bucal, e ACS) disponíveis para as ações do PCH.	Profissionais por categoria, de nível superior e de nível médio, disponíveis para as ações do PCH.	Mínimo 4 categorias profissionais (um médico, um enfermeiro, um técnico ou auxiliar de enfermagem e um ACS). Sim para todos = 2 (Pontuação Máxima Esperada) A cada categoria não existente diminuir 0,5 ponto.
Nº de ACS, por microárea, disponíveis para as ações do PCH.	Nº de ACS, por microárea da ESF / Nº de microáreas do território adscrito disponíveis para as ações do PCH.	Sim (1 ACS por microárea) = 2 (Pontuação Máxima Esperada); Para cada microárea descoberta diminuir 0,5.
Impressos		
Disponibilidade na USF dos seguintes impressos/materiais pertinentes ao PCH: 1) Ficha de Notificação/Investigação de Hanseníase; 2) Livro de Registro e Controle de Tratamento dos Casos de Hanseníase; 3) Ficha de Avaliação Neurológica Simplificada; 4) Impresso de Controle de Contatos; 5) Protocolo complementar de Investigação Diagnóstica de Casos de Hanseníase em menores de 15 anos; 6) Ficha de referência e contrarreferência.	Disponibilidade ou não na USF dos impressos/materiais referidos, na ocasião da visita de “assessoramento/monitoramento técnico”.	Sim para todos os itens = 6 (Pontuação Máxima Esperada); A cada item que não seja apresentado diminuir 1 ponto.
Materiais para Assistência ao paciente		
BCG no Município.	Constatação, durante a visita de “assessoramento/monitoramento técnico”, da disponibilidade de BCG no Município	BCG no Município: Sim = 2 (100%) e Não = 0 (Zero)
Poliqimioterapia (esquema básico para hanseníase) disponibilizada aos pacientes em tempo oportuno.	Constatação durante a visita de “assessoramento/monitoramento técnico”, da disponibilização do esquema básico para hanseníase aos pacientes, em até 7 dias.	Poliqimioterápicos disponibilizados ao paciente: Até 7 dias = 3 (100%); Entre 7 e 15 dias = 2 (50%) Mais de 15 dias = 0 (Zero)
Medicamentos para tratamento de Reação Hansênica disponíveis na USF em tempo oportuno.	Constatação, durante a visita de “assessoramento/monitoramento técnico”, da disponibilidade de medicamentos para tratamento de Reação Hansênica aos pacientes, em até 7 dias.	Medicamentos para tratamento de Reação Hansênica disponibilizados ao paciente: Até 7 dias = 3 (100%); Entre 7 e 15 dias = 2 (50%) Mais de 15 dias = 0 (Zero)

Quadro 7. Matriz de Informação – Indicadores utilizados para **Apreciação da Estrutura** das USF de cinco municípios de Pernambuco, selecionados a fim de estabelecer o Grau de Implantação das ações do Programa de Controle da Hanseníase (PCH) antes e após a intervenção do Programa SANAR, quadriênio 2015 – 2018.

Continuação

Material para diagnóstico da hanseníase: 1) Kit para teste de sensibilidade; 2) Kit para teste de prevenção de incapacidade.	Constatação durante a visita de “assessoramento/monitoramento técnico”, da disponibilidade dos kits na USF.	Os kits estão disponíveis na USF: Sim para todos os itens = 5 (100%); Sim para 1 item = 2,5 (50%); Não = 0 (Zero)
Material para autocuidado: 1. Colírio lubrificante; 2. Pedra pome ou lixa; 3. Óleo mineral ou hidratante de uréia.	Constatação durante a visita de “assessoramento/monitoramento técnico”, da disponibilidade dos materiais para autocuidado dos pacientes de hanseníase.	Os materiais estão disponíveis na USF: Sim para todos os itens = 3 (Pontuação Máxima Esperada); Diminuir 1 ponto para cada item não disponível.
Referência Secundária formalmente estabelecida para o Município.	Constatação, durante a visita de “assessoramento/monitoramento técnico”, da disponibilidade de Referência Secundária (para encaminhamento dos casos quando necessário) formalmente estabelecida pelo Município.	Referência Secundária formalmente estabelecida: Sim = 2 (100%) e Não = 0 (Zero)
Existência de Serviço de Reabilitação Física no Município.	Constatação durante a visita de “assessoramento/monitoramento técnico” da existência de Serviço de Reabilitação Física no Município.	Existência de Serviço de Reabilitação Física no Município: Sim = 3 (100%) e Não = 0 (Zero)
Materiais Instrucionais		
Disponibilidade na USF das seguintes portarias, normas técnicas e manuais sobre diagnóstico, controle, tratamento e vigilância da hanseníase: 1) Diretrizes para Vigilância, Atenção e Eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública – 2016; 2) Nota Técnica Estadual 006/2011 - Rede secundária; 3) Nota Técnica Estadual 001/2012 - Rede Secundária; 4) Nota Técnica Estadual 05/2012 - Rede Terciária.	Constatação, durante a visita de “assessoramento/monitoramento técnico”, da disponibilidade na USF do manual (Diretrizes para Vigilância, Atenção e Eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública – 2016) e das notas técnicas (Nota Técnica Estadual 006/2011; Nota Técnica Estadual 001/2012 e Nota Técnica Estadual 05/2012).	Sim para todos os itens = 2 (Pontuação Máxima Esperada); A cada item que não seja apresentado diminuir 0,5 ponto.

Fonte: A Autora

Quadro 8. Matriz de Informação – Indicadores utilizados para a **Análise de Processo** do Programa de Controle da Hanseníase (PCH) nas USF de cinco municípios de Pernambuco, selecionados a fim de estabelecer o Grau de Implantação das ações do referido programa antes e após a intervenção do Programa SANAR, quadriênio 2015 – 2018.

Continua

Indicador - Análise de processo	Cálculo do Indicador	Pontuação adotada
Vigilância Epidemiológica		
Percentual de contatos examinados de hanseníase que receberam nova dose de BCG (de acordo com indicação clínica).	Nº de contatos examinados com indicação de BCG que foram vacinados / Nº de contatos examinados com indicação de BCG X 100.	Percentual dos contatos examinados com indicação de BCG que foram vacinados: 100% = 4; 75 a 99,9%=3; 50 a 74,9% =2; <50% = 0
Realização de busca ativa de Sintomáticos Dermatoneurológico.	Constatação durante a visita de “assessoramento/monitoramento técnico”, da realização de busca ativa de Sintomáticos Dermatoneurológico.	A USF realiza busca ativa de Sintomáticos Dermatoneurológico: Sim = 4 (100%) Não = 0 (Zero)
Disponibilização (entrega) de material para autocuidado aos pacientes de hanseníase.	Constatação durante a visita de “assessoramento/monitoramento técnico”, da disponibilização (entrega) de material para autocuidado aos pacientes de hanseníase.	A USF disponibiliza aos pacientes de hanseníase material de autocuidado: Sim = 4 (100%) Não = 0 (Zero)
Percentual de contatos de casos de hanseníase examinados entre os registrados na USF.	Nº de contatos examinados no período / Nº de contatos registrados no período X 100.	Percentual de contatos de casos de hanseníase examinados pela USF: ≥90% = 6; 75 – 89% = 4; <75%= 0
Preenchimento adequado do livro Registro de Acompanhamento do Tratamento dos Casos de Hanseníase.	Constatação durante a visita de “assessoramento/monitoramento técnico”, do preenchimento adequado do livro Registro de Acompanhamento do Tratamento dos Casos de Hanseníase.	O livro Registro de Acompanhamento do Tratamento dos Casos de Hanseníase está preenchido adequadamente: Sim = 4 (100%); Não = 0 (Zero).
Atualização mensal do Boletim de Acompanhamento dos Casos de Hanseníase.	Constatação durante a visita de “assessoramento/monitoramento técnico”, da atualização mensal do Boletim de Acompanhamento dos Casos de Hanseníase pela USF.	Os Boletins de Acompanhamento dos Casos de Hanseníase são atualizados mensalmente pela USF: Sim = 3 (100%) Não = 0 (Zero)
Assistência ao Paciente		
Percentual de casos de hanseníase diagnosticados na USF.	Nº de casos de hanseníase diagnosticados pela USF / Nº de casos de hanseníase acompanhados no período X 100.	Percentual de casos de hanseníase diagnosticados na USF: 100% = 3; 75 a 99,9% = 2; 50 a 74,9% =1; <50% = 0

Quadro 8. Matriz de Informação – Indicadores utilizados para a **Análise de Processo** do Programa de Controle da Hanseníase (PCH) nas USF de cinco municípios de Pernambuco, selecionados a fim de estabelecer o Grau de Implantação das ações do referido programa antes e após a intervenção do Programa SANAR, quadriênio 2015 – 2018.
 Continua

Indicador - Análise de processo	Cálculo do Indicador	Pontuação adotada
Assistência ao Paciente		
Realização de dose supervisionada para todos os pacientes.	Constatação durante a visita de “assessoramento/monitoramento técnico”, da realização da dose supervisionada para todos os pacientes.	A USF realiza dose supervisionada para todos os pacientes: Sim = 4 (100%) e Não = 0 (Zero)
Percentual de pacientes avaliados para o grau de incapacidade no diagnóstico.	Nº de casos de hanseníase avaliados para o grau de incapacidade no diagnóstico / Nº de casos de hanseníase acompanhados no período X 100.	Percentual de pacientes avaliados para o grau de incapacidade no diagnóstico: 100% = 4; 75 a 99,9%=2; 50 a 74,9% =1; <50% = 0
Percentual de pacientes avaliados na USF para o grau de incapacidade no momento do diagnóstico.	Nº de casos de hanseníase avaliados na USF para o grau de incapacidade no diagnóstico / Nº de casos de hanseníase acompanhados no período X 100.	Percentual de pacientes avaliados na USF para o grau de incapacidade no momento do diagnóstico: 100% = 4; 75 a 99,9%=2; 50 a 74,9% =1; <50% = 0
Realização da avaliação do grau de incapacidade durante o acompanhamento do paciente.	Constatação durante a visita de “assessoramento/monitoramento técnico”, da realização de avaliação do grau de incapacidade durante o acompanhamento do paciente.	A USF realiza a avaliação do grau de incapacidade durante o acompanhamento do paciente: Sim = 2 (100%) e Não = 0 (Zero)
Realização da avaliação do grau de incapacidade após a alta por cura do paciente.	Constatação durante a visita de “assessoramento/monitoramento técnico”, de realização na USF da avaliação do grau de incapacidade após a alta por cura do paciente.	A USF realiza a avaliação do grau de incapacidade após a alta por cura do paciente? Sim = 4 (100%) e Não = 0 (Zero)
Identificação dos critérios para encaminhamento do paciente para a referência: 1) Reações Hansênicas; 2) Recidiva e 3) Efeitos adversos ao tratamento.	Constatação durante a visita de “assessoramento/monitoramento técnico” da identificação dos critérios para o encaminhamento do paciente para a referência.	Sim para todos os itens = 3 (Pontuação Máxima Esperada); A cada critério que não seja identificado diminuir 1,0
Busca ativa de faltosos ao tratamento de hanseníase através de visita domiciliar.	Constatação durante a visita de “assessoramento/monitoramento técnico” da realização de busca ativa de faltosos ao tratamento da hanseníase através de registros na USF.	A busca de faltosos é realizada: Sim = 4 (100%) Às vezes = 2 (50%) Não = 0 (Zero)
Orientação dos pacientes de hanseníase quanto ao autocuidado (olhos, mãos e pés).	Constatação durante a visita de “assessoramento/monitoramento técnico” da realização de orientação quanto ao autocuidado dos pacientes de hanseníase (olhos, mãos e pés).	A orientação dos pacientes de hanseníase quanto ao autocuidado é realizada: Sim = 4 (100%) e Não = 0 (Zero)
Uso da ficha de referência e contrarreferência.	Constatação durante a visita de “assessoramento/monitoramento técnico” do uso da ficha de referência e contrarreferência.	Uso da ficha de referência e contrarreferência na USF: Sim = 3 (100%) e Não = 0 (Zero)

Quadro 8. Matriz de Informação – Indicadores utilizados para a **Análise de Processo** do Programa de Controle da Hanseníase (PCH) nas USF de cinco municípios de Pernambuco, selecionados a fim de estabelecer o Grau de Implantação das ações do referido programa antes e após a intervenção do Programa SANAR, quadriênio 2015 – 2018. Continuação

Educação em Saúde		
Realização de atividades coletivas na USF sobre prevenção e controle da hanseníase.	Constatação durante a visita de “assessoramento/monitoramento técnico” da realização de atividades coletivas na USF sobre prevenção e controle da hanseníase (registro em atas, fotos, livro de reuniões etc.).	Frequência de realização das atividades coletivas: Mais de 1 por ano = 2 (100%); 1 por ano = 1 (50%); Nenhuma = 0 (Zero)
Realização de atividades educativas para controle da hanseníase, em parcerias com escolas, igrejas, associações e outros equipamentos sociais da comunidade.	Constatação durante a visita de “assessoramento/monitoramento técnico” da realização de atividades educativas para controle da hanseníase em parcerias com escolas, igrejas, associações e outros equipamentos sociais da comunidade (com registro em atas, fotos, livro de reuniões etc.).	Frequência de realização das atividades coletivas envolvendo equipamentos sociais: Mais de 1 por ano = 2 (100%); 1 por ano = 1 (50%); Nenhuma = 0 (Zero).
Realização de reuniões sobre hanseníase entre a equipe de saúde, para a qualificação dos ACS no que se refere a sua abordagem nas visitas domiciliares.	Constatação durante a visita de “assessoramento/monitoramento técnico” da realização de reuniões em equipe para qualificação dos ACS no que se refere a sua abordagem nas visitas domiciliares (registro em atas, fotos, livro de reuniões etc.).	Frequência de realização das reuniões em equipe para qualificação dos ACS no que se refere a sua abordagem nas visitas domiciliares: 2 ou mais por ano = 3 (100%); 1 por ano = 2 (50%); Não = 0 (Zero).

Fonte: A Autora

4.5.3 Matrizes de Análise e Julgamento – Programa de Controle da Tuberculose

Quadro 9. Matriz de Análise e Julgamento para estabelecer o Grau de Implantação das ações do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) nas USF – **Componente Estrutura** – nos cinco municípios de Pernambuco selecionados para este estudo, antes e após a intervenção do Programa SANAR, quadriênio 2015 – 2018.

Continua

INDICADOR	PME em Jaboatão	22 Equipes ESF		PME em Olinda	21 Equipes ESF		PME em Ipojuca	06 Equipes ESF		PME em Escada	06 Equipes ESF		PME em Goiana	06 Equipes ESF		PME DG	PO	GI
		PO	GI		PO	GI		PO	GI		PO	GI						
Recursos Humanos																		
Nº de profissionais na USF para o PCT	44 (100%)			42 (100%)			12 (100%)			12 (100%)			12 (100%)			122 (100%)		
Nº de ACS para o PCT	44 (100%)			42 (100%)			12 (100%)			12 (100%)			12 (100%)			122 (100%)		
Σ	88 (100%)			84 (100%)			24 (100%)			24 (100%)			24 (100%)			244 (100%)		
Impressos																		
1) Ficha de Notificação /Investigação de Tuberculose; 2) Livro de Registro de Pacientes e Acompanhamento do Tratamento dos Casos de Tuberculose; 3) Livro de Registro de Sintomático Respiratório (SR); 4) Impresso de Controle de Contatos; 5) Ficha de Acompanhamento Diário do Tratamento Diretamente Observado (TDO); 6) Ficha de Notificação de Infecção Latente (ILTB)	132 (100%)			126 (100%)			36 (100%)			36 (100%)			36 (100%)			366 (100%)		
Σ	132 (100%)			126 (100%)			36 (100%)			36 (100%)			36 (100%)			366 (100%)		
Materiais para Assistência ao paciente																		
Disponibilidade de potes plásticos para coleta de exame de escarro	66 (100%)			63 (100%)			18 (100%)			18 (100%)			18 (100%)			183 (100%)		
BCG no Município	44 (100%)			42 (100%)			12 (100%)			12 (100%)			12 (100%)			122 (100%)		
Poliquimioterapia (esquema básico para Tuberculose) disponibilizada aos pacientes em tempo oportuno.	88 (100%)			84 (100%)			24 (100%)			24 (100%)			24 (100%)			244 (100%)		
Isoniazida, disponibilizada aos portadores de ILTB em tempo oportuno.	88 (100%)			84 (100%)			24 (100%)			24 (100%)			24 (100%)			244 (100%)		

Quadro 9. Matriz de Análise e Julgamento para estabelecer o Grau de Implantação das ações do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) nas USF – **Componente Estrutura** – nos cinco municípios de Pernambuco selecionados para este estudo, antes e após a intervenção do Programa SANAR, quadriênio 2015 – 2018.

Continuação

Raios-X em funcionamento no Município	66 (100%)			63 (100%)			18 (100%)			18 (100%)			18 (100%)			183 (100%)	
Referência Secundária estabelecida pelo Município.	44 (100%)			42 (100%)			12 (100%)			12 (100%)			12 (100%)			122 (100%)	
Σ	396 (100%)			378 (100%)			108 (100%)			108 (100%)			108 (100%)			1098 (100%)	
Materiais Instrucionais																	
Disponibilidade na USF: 1) Manual de Recomendação para o Controle da Tuberculose no Brasil; 2) Guia de Orientação para Coleta de Escarro – 2014; 3) Nota Informativa nº 08, de 2014 CGPNCT/DEVEP/SVS/MS; 3) Recomendações para Controle de Contatos e Tratamento da Infecção Latente da Tuberculose na indisponibilidade transitória do Derivado Proteico Purificado); 4) Nota Técnica nº 32/2014 DGCD/SEVS/SES-PE (Sobre Critérios para Coleta e Acondicionamento do Escarro, Indicação de Cultura do Escarro e Fluxo de Diagnóstico).	44 (100%)			42 (100%)			12 (100%)			12 (100%)			12 (100%)			122 (100%)	
Σ	44 (100%)			42 (100%)			12 (100%)			12 (100%)			12 (100%)			122 (100%)	
Componente Estrutura Σ	660 (100%)			630 (100%)			180 (100%)			180 (100%)			180 (100%)			1830 (100%)	

PME = Pontuação Máxima Esperada; PO = Pontuação Observada; GI = Grau de Implantação; DG = Dimensão Global.

Fonte: A Autora

Quadro 10. Matriz de Análise e Julgamento para estabelecer o Grau de Implantação das ações do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) nas USF – **Componente Processo** – nos cinco municípios de Pernambuco selecionados para este estudo, antes e após a intervenção do Programa SANAR, quadriênio 2015 – 2018.

Continua

INDICADOR	PME em Jaboatão	22 Equipes ESF		PME em Olinda	21 Equipes ESF		PME em Ipojuca	06 Equipes ESF		PME em Escada	06 Equipes ESF		PME em Goiana	06 Equipes ESF		PME DG	PO	GI
		PO	GI		PO	GI		PO	GI		PO	GI						
Vigilância Epidemiológica																		
Prova Tuberculínica realizada no Município.	44 (100%)			42 (100%)			12 (100%)			12 (100%)			12 (100%)			122 (100%)		
Tratamento da Infecção Latente pelo M. Tuberculosis (ILTb) realizado na USF.	44 (100%)			42 (100%)			12 (100%)			12 (100%)			12 (100%)			122 (100%)		
Exame realizado na USF em Sintomáticos Respiratórios (SR).	132 (100%)			126 (100%)			36 (100%)			36 (100%)			36 (100%)			366 (100%)		
Exame realizado nos contatos de casos de tuberculose entre os registrados na USF.	44 (100%)			42 (100%)			12 (100%)			12 (100%)			12 (100%)			122 (100%)		
Uso adequado da Ficha de Controle de Contatos de Casos de Tuberculose.	44 (100%)			42 (100%)			12 (100%)			12 (100%)			12 (100%)			122 (100%)		
Preenchimento adequado dos livros: 1) Registro e Acompanhamento do Tratamento dos Casos de Tuberculose; 2) Registro dos Sintomáticos Respiratórios no Serviço de Saúde.	132 (100%)			126 (100%)			36 (100%)			36 (100%)			36 (100%)			366 (100%)		
Atualização mensal do Boletim de Acompanhamento dos Casos de Tuberculose.	44 (100%)			42 (100%)			12 (100%)			12 (100%)			12 (100%)			122 (100%)		
Uso adequado da Ficha de Controle do TDO.	44 (100%)			42 (100%)			12 (100%)			12 (100%)			12 (100%)			122 (100%)		
Σ	528 (100%)			504 (100%)			144 (100%)			144 (100%)			144 (100%)			1464 (100%)		
Assistência ao Paciente																		
Casos de TB confirmados bacteriologicamente.	88 (100%)			84 (100%)			24 (100%)			24 (100%)			24 (100%)			244 (100%)		
Identificação dos critérios para solicitação de cultura: 1) Retratamento; 2) Baciloscopia positiva a partir do 2º mês de tratamento; 3) Casos HIV positivos; 4) Populações Especiais.	88 (100%)			84 (100%)			24 (100%)			24 (100%)			24 (100%)			244 (100%)		
Realização de tratamento diretamente observado (TDO) pelas ESF com registro no Livro de Acompanhamento ou Sinan.	44 (100%)			42 (100%)			12 (100%)			12 (100%)			12 (100%)			122 (100%)		
Realização do TDO pelas ESF (informação verbal).	44 (100%)			42 (100%)			12 (100%)			12 (100%)			12 (100%)			122 (100%)		

Quadro 10. Matriz de Análise e Julgamento para estabelecer o Grau de Implantação das ações do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) nas USF – **Componente Processo** – nos cinco municípios de Pernambuco selecionados para este estudo, antes e após a intervenção do Programa SANAR, quadriênio 2015 – 2018.

Continuação

Casos de tuberculose em tratamento que realizam baciloscopia de acompanhamento mensal.	88 (100%)			84 (100%)			24 (100%)			24 (100%)			24 (100%)			244 (100%)		
Testagem para o HIV realizada nos casos confirmados de TB.	88 (100%)			84 (100%)			24 (100%)			24 (100%)			24 (100%)			244 (100%)		
Busca ativa de faltosos ao tratamento de TB através de visita domiciliar.	88 (100%)			84 (100%)			24 (100%)			24 (100%)			24 (100%)			244 (100%)		
Fluxo de recolhimento de amostras de escarro para diagnóstico de TB na USF.	66 (100%)			63 (100%)			18 (100%)			18 (100%)			18 (100%)			183 (100%)		
Resultado de baciloscopia de escarro entregue em tempo oportuno.	66 (100%)			63 (100%)			18 (100%)			18 (100%)			18 (100%)			183 (100%)		
Resultado de cultura de escarro entregue em tempo oportuno.	66 (100%)			63 (100%)			18 (100%)			18 (100%)			18 (100%)			183 (100%)		
Resultado de Raio-X entregue em tempo oportuno.	44 (100%)			42 (100%)			12 (100%)			12 (100%)			12 (100%)			122 (100%)		
Resultado de teste de HIV realizado nos casos de tuberculose entregue em tempo oportuno.	66 (100%)			63 (100%)			18 (100%)			18 (100%)			18 (100%)			183 (100%)		
Uso da ficha de referência e contrarreferência.	44 (100%)			42 (100%)			12 (100%)			12 (100%)			12 (100%)			122 (100%)		
Σ	880 (100%)			840 (100%)			240 (100%)			240 (100%)			240 (100%)			2440 (100%)		
Educação em Saúde																		
Realização de atividades coletivas na USF sobre prevenção e controle da tuberculose.	44 (100%)			42 (100%)			12 (100%)			12 (100%)			12 (100%)			122 (100%)		
Realização de atividades em parcerias com escolas, igrejas, associações e outros equipamentos sociais da comunidade para realização de ações educativas de controle da tuberculose.	44 (100%)			42 (100%)			12 (100%)			12 (100%)			12 (100%)			122 (100%)		
Realização de reuniões sobre tuberculose entre a equipe de saúde, para a qualificação dos ACS no que se refere a sua abordagem nas visitas domiciliares.	44 (100%)			42 (100%)			12 (100%)			12 (100%)			12 (100%)			122 (100%)		
Σ	132 (100%)			126 (100%)			36 (100%)			36 (100%)			36 (100%)			366 (100%)		
Componente Processo Σ	1540 (100%)			1470 (100%)			420 (100%)			420 (100%)			420 (100%)			4270 (100%)		

PME = Pontuação Máxima Esperada; PO = Pontuação Observada; GI = Grau de Implantação; DG = Dimensão Global.

Fonte: A Autora

4.5.4 Matrizes de Análise e Julgamento – Programa de Controle da Hanseníase

Quadro 11. Matriz de Análise e Julgamento para estabelecer o Grau de Implantação das ações do Programa de Controle da Hanseníase (PCH) nas USF – **Componente Estrutura** – nos cinco municípios de Pernambuco selecionados para este estudo, antes e após a intervenção do Programa SANAR, quadriênio 2015 – 2018.

Continua

INDICADOR	PME em Jaboatão	16 Equipes ESF		PME em Olinda	19 Equipes ESF		PME em Ipojuca	06 Equipes ESF		PME em Escada	06 Equipes ESF		PME em Goiana	07 Equipes ESF		PME DG	PO	GI
		PO	GI		PO	GI		PO	GI		PO	GI						
Recursos Humanos																		
Nº de profissionais na USF para o PCH	32 (100%)			38 (100%)			12 (100%)			12 (100%)			14 (100%)			108 (100%)		
Nº de ACS para o PCH	32 (100%)			38 (100%)			12 (100%)			12 (100%)			14 (100%)			108 (100%)		
Σ	64 (100%)			76 (100%)			24 (100%)			24 (100%)			28 (100%)			216 (100%)		
Impressos																		
1) Ficha de Notificação/ Investigação de Hanseníase; 2) Livro de Registro e Controle de Tratamento dos Casos de Hanseníase; 3) Ficha de Avaliação Neurológica Simplificada; 4) Impresso de Controle de Contatos; 5) Protocolo Complementar de Investigação Diagnóstica de Casos de Hanseníase em menores de 15 anos; 6) Ficha de referência e contrarreferência.	96 (100%)			114 (100%)			36 (100%)			36 (100%)			42 (100%)			324 (100%)		
Σ	96 (100%)			114 (100%)			36 (100%)			36 (100%)			42 (100%)			324 (100%)		
Materiais para Assistência ao paciente																		
BCG no Município.	32 (100%)			38 (100%)			12 (100%)			12 (100%)			14 (100%)			108 (100%)		
Poliquimioterapia (esquema básico para hanseníase) disponibilizada aos pacientes em tempo oportuno.	48 (100%)			57 (100%)			18 (100%)			18 (100%)			21 (100%)			162 (100%)		
Medicamentos para Reação Hansênica em tempo oportuno.	48 (100%)			57 (100%)			18 (100%)			18 (100%)			21 (100%)			162 (100%)		
Material para diagnóstico da hanseníase: 1) Kit para teste de sensibilidade; 2) Kit para teste de prevenção de incapacidade.	80 (100%)			95 (100%)			30 (100%)			30 (100%)			35 (100%)			270 (100%)		

Quadro 11. Matriz de Análise e Julgamento para estabelecer o Grau de Implantação das ações do Programa de Controle da Hanseníase (PCH) nas USF – **Componente Estrutura** – nos cinco municípios de Pernambuco selecionados para este estudo, antes e após a intervenção do Programa SANAR, quadriênio 2015 – 2018.

Continuação

Material para autocuidado: 1) Colírio lubrificante; 2) Pedra pome ou lixa; 3) Óleo mineral ou hidratante de ureia.	48 (100%)			57 (100%)				18 (100%)				18 (100%)			21 (100%)			162 (100%)
Referência Secundária formalmente estabelecida para o Município.	32 (100%)			38 (100%)				12 (100%)				12 (100%)			14 (100%)			108 (100%)
Existência de Serviço de Reabilitação Física no Município.	48 (100%)			57 (100%)				18 (100%)				18 (100%)			21 (100%)			162 (100%)
Σ	336 (100%)			399 (100%)				126 (100%)				126 (100%)			147 (100%)			1.134 (100%)
Materiais Instrucionais																		
Portarias, normas técnicas e manuais sobre diagnóstico, controle, tratamento e vigilância da hanseníase: 1) Diretrizes para Vigilância, Atenção e Eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública – 2016; 2) Nota Técnica Estadual 006/2011 - Rede Secundária; 3) Nota Técnica Estadual 001/2012 - Rede Secundária; 4) Nota Técnica Estadual 05/2012 - Rede Terciária.	32 (100%)			38 (100%)				12 (100%)				12 (100%)			14 (100%)			108 (100%)
Σ	32 (100%)			38 (100%)				12 (100%)				12 (100%)			14 (100%)			108 (100%)
Componente Estrutura Σ	528 (100%)			627 (100%)				198 (100%)				198 (100%)			231 (100%)			1.782 (100%)

PME = Pontuação Máxima Esperada; PO = Pontuação Observada; GI = Grau de Implantação; DG = Dimensão Global.

Fonte: A Autora

Quadro 12. Matriz de Análise e Julgamento para estabelecer o Grau de Implantação das ações do Programa de Controle da Hanseníase (PCH) nas USF – **Componente Processo** – nos cinco municípios de Pernambuco selecionados para este estudo, antes e após a intervenção do Programa SANAR, quadriênio 2015 – 2018.

Continua

INDICADOR	PME em Jaboatão	19 Equipes ESF		PME em Olinda	16 Equipes ESF		PME em Ipojuca	06 Equipes ESF		PME em Escada	06 Equipes ESF		PME em Goiana	07 Equipes ESF		PME DG	PO	GI
		PO	GI		PO	GI		PO	GI		PO	GI						
Vigilância Epidemiológica																		
Contatos de hanseníase vacinados com a BCG.	64 (100%)			76 (100%)			24 (100%)			24 (100%)			28 (100%)			216 (100%)		
Busca ativa de Sintomáticos Dermatoneurológicos.	64 (100%)			76 (100%)			24 (100%)			24 (100%)			28 (100%)			216 (100%)		
Material para autocuidado entregue aos pacientes de hanseníase.	64 (100%)			76 (100%)			24 (100%)			24 (100%)			28 (100%)			216 (100%)		
Exame dos contatos de casos de hanseníase.	96 (100%)			114 (100%)			36 (100%)			36 (100%)			42 (100%)			324 (100%)		
Preenchimento adequado do livro de Registro e Acompanhamento do Tratamento dos Casos de Hanseníase.	64 (100%)			76 (100%)			24 (100%)			24 (100%)			28 (100%)			216 (100%)		
Atualização mensal do Boletim de Acompanhamento dos Casos de Hanseníase.	48 (100%)			57 (100%)			18 (100%)			18 (100%)			21 (100%)			162 (100%)		
Σ	400 (100%)			475 (100%)			150 (100%)			150 (100%)			175 (100%)			1.350 (100%)		
Assistência ao Paciente																		
Casos de hanseníase diagnosticados na USF.	48 (100%)			57 (100%)			18 (100%)			18 (100%)			21 (100%)			162 (100%)		
Realização de dose supervisionada para todos os pacientes.	64 (100%)			76 (100%)			24 (100%)			24 (100%)			28 (100%)			216 (100%)		
Avaliação do grau de incapacidade no diagnóstico.	64 (100%)			76 (100%)			24 (100%)			24 (100%)			28 (100%)			216 (100%)		
Avaliação do grau de incapacidade no diagnóstico realizado na USF.	64 (100%)			76 (100%)			24 (100%)			24 (100%)			28 (100%)			216 (100%)		
Avaliação do grau de incapacidade durante o acompanhamento do paciente.	32 (100%)			38 (100%)			12 (100%)			12 (100%)			14 (100%)			108 (100%)		
Avaliação do grau de incapacidade após a alta por cura do paciente.	64 (100%)			76 (100%)			24 (100%)			24 (100%)			28 (100%)			216 (100%)		

Quadro 12. Matriz de Análise e Julgamento para estabelecer o Grau de Implantação das ações do Programa de Controle da Hanseníase (PCH) nas USF – **Componente Processo** – nos cinco municípios de Pernambuco selecionados para este estudo, antes e após a intervenção do Programa SANAR, quadriênio 2015 – 2018.

Continuação

Assistência ao Paciente																	
Identificação dos critérios para encaminhamento do paciente para a referência: 1) Reações Hansênicas; 2) Recidiva e 3) Efeitos adversos ao tratamento.	48 (100%)			57 (100%)			18 (100%)			18 (100%)			21 (100%)			162 (100%)	
Busca ativa de faltosos ao tratamento de hanseníase através de visita domiciliar.	64 (100%)			76 (100%)			24 (100%)			24 (100%)			28 (100%)			216 (100%)	
Orientação dos pacientes de hanseníase quanto ao autocuidado (olhos, mãos e pés).	64 (100%)			76 (100%)			24 (100%)			24 (100%)			28 (100%)			216 (100%)	
Uso da ficha de referência e contrarreferência.	48 (100%)			57 (100%)			18 (100%)			18 (100%)			21 (100%)			162 (100%)	
Σ	560 (100%)			665 (100%)			210 (100%)			210 (100%)			245 (100%)			1.890 (100%)	
Educação em Saúde																	
Realização de atividades coletivas na USF sobre prevenção e controle da hanseníase.	32 (100%)			38 (100%)			12 (100%)			12 (100%)			14 (100%)			108 (100%)	
Realização de atividades educativas para controle da hanseníase, em parcerias com escolas, igrejas, associações e outros equipamentos sociais da comunidade.	32 (100%)			38 (100%)			12 (100%)			12 (100%)			14 (100%)			108 (100%)	
Realização de reuniões sobre hanseníase entre a equipe de saúde, para a qualificação dos ACS no que se refere a sua abordagem nas visitas domiciliares.	48 (100%)			57 (100%)			18 (100%)			18 (100%)			21 (100%)			162 (100%)	
Σ	112 (100%)			133 (100%)			42 (100%)			42 (100%)			49 (100%)			378 (100%)	
Componente Processo Σ	1.072 (100%)			1.273 (100%)			402 (100%)			402 (100%)			469 (100%)			3.618 (100%)	

PME = Pontuação Máxima Esperada; PO = Pontuação Observada; GI = Grau de Implantação; DG = Dimensão Global.

Fonte: A Autora

4.6 Considerações Éticas

Este trabalho foi realizado em conformidade com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde Nº 466 de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012), a qual estabelece diretrizes e normas reguladoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Foram utilizados dados secundários provenientes do Programa SANAR, relacionados aos Programas de Controle da Tuberculose e Hanseníase, coletados pelo Programa SANAR durante as visitas de “Assessoramento e Monitoramento Técnico”. A Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco – SES/PE, por meio da Diretoria Geral de Educação na Saúde / Gerência de Desenvolvimento Profissional, emitiu a anuência autorizando a utilização dos referidos dados (Anexo B). O banco de dados fornecido pela SES/PE não identifica os informantes e o sigilo quanto à identificação das unidades de saúde da ESF participantes do estudo foi observado. Todas as informações geradas a partir desta pesquisa serão utilizadas exclusivamente para fins acadêmicos, sendo sua divulgação realizada em revistas/fóruns científicos.

5. RESULTADOS

5.1 Tuberculose

5.1.1 Componente Estrutura

O Grau de Implantação das ações do Programa de Controle da Tuberculose (PCT), Componente Estrutura, nas USF dos cinco municípios de Pernambuco selecionados para este estudo está demonstrado nos Quadros 13 e 14 (Matriz de Análise e Julgamento – Componente Estrutura), respectivamente antes e após a intervenção do Programa SANAR quadriênio 2015 – 2018.

Considerou-se para a análise e julgamento do Componente Estrutura 10 indicadores, sendo dois no subcomponente “Recursos Humanos”, um no subcomponente “Impressos”, seis no subcomponente “Materiais para Assistência ao Paciente” e um no subcomponente “Materiais Instrucionais”.

5.1.1.1 Subcomponente Recursos Humanos

Pode-se observar nos Quadros 13 e 14, com relação à “disponibilidade de profissionais nas USF para atuar no PCT (mínimo de quatro profissionais, sendo um médico, um enfermeiro, um técnico ou auxiliar de enfermagem e um ACS)”, que tanto na Dimensão Global (DG) quanto na Dimensão dos municípios selecionados, esse indicador foi considerado “implantado. Na DG o grau de implantação alcançou 95,3% e 98,4% da Pontuação Máxima Esperada (PME), respectivamente, antes e após a intervenção do Programa SANAR.

Com relação à “disponibilidade de ACS para as ações do PCT (mínimo de um ACS por microárea)” foi constatada a existência de microáreas descobertas, com agravação dessa situação durante o período de intervenção do Programa SANAR, em quatro municípios estudados, chamando atenção a situação de Ipojuca (redução de 40,0% – de 83,3% para 50,0% da PME) e Goiana (redução de 6,7% – de 62,5% para 58,3% da PME), que regridem para o grau de implantação “Insatisfatório”. Apesar da redução na PME, o grau de implantação é mantido em Jaboatão dos Guararapes (“Implantado”, com 81,8% da PME), e Olinda (“Parcialmente Implantado” com 76,2% da PME). Escada, sai da condição “Parcialmente

Implantada” com 75,0% para “Implantada” com 87,5% da PME (aumento de 16,7%). E, na DG, apesar da redução de 6,1% na PME (de 79,9% para 75,0% da PME), o grau de implantação desse indicador é mantido na condição “Parcialmente Implantado”.

5.1.1.2 Subcomponente Impressos

Com relação a “existência nas USF dos seis impressos considerados básicos para as ações do PCT – Ficha de Notificação/Investigação de Tuberculose; Livro de Registro de Pacientes e Acompanhamento do Tratamento dos Casos de Tuberculose; Livro de Registro de Sintomático Respiratório (SR); Impresso de Controle de Contatos; Ficha de Acompanhamento Diário do Tratamento Diretamente Observado (TDO); e Ficha de Notificação de Infecção Latente (ILTB) –“, houve melhora da situação em todos os municípios avaliados. Contudo, nenhum município logrou a PME (disponibilidade dos seis itens considerados). Após a intervenção do Programa SANAR foi constatada maior inexistência de impressos nos municípios de Jaboatão dos Guararapes (com 68,2% da PME) e Ipojuca (com 69,4% da PME). O grau de implantação desse indicador, nesses municípios, foi considerado “Parcialmente Implantado”. E “Implantado” nos demais municípios e na DG.

5.1.1.3 Subcomponente Materiais para Assistência ao Paciente

Quanto à existência de “materiais para assistência ao paciente”, seis indicadores foram utilizados, e a situação observada foi conforme o que se segue: **(1)** “Disponibilidade de potes plásticos para coleta de exame de escarro”. Constatou-se aumento na disponibilidade desse insumo em todos os municípios avaliados, obtendo PME na ocasião da visita de monitoramento técnico do Programa SANAR, em 2018, nos municípios de Olinda, Escada e Goiana. Em Escada, sai da condição “Não Implantada” para a PME. O grau de implantação desse indicador na DG foi considerado “Implantado”. **(2)** “Disponibilidade de BCG no Município”. Como pode ser observado, dois municípios (Jaboatão dos Guararapes e Olinda) não obtiveram a PME no momento da visita de assessoramento técnico em 2015 (antes da intervenção do Programa SANAR). Ao final do período estabelecido para monitoramento, Ipojuca, Escada e Goiana mantiveram esse insumo na condição

“Implantado”, com a PME; e os outros dois (Jaboatão dos Guararapes e Olinda) alcançaram a PME. **(3)** “Disponibilização de Poliquimioterapia (esquema básico para Tuberculose), em tempo oportuno aos pacientes (em até 7 dias)”. Pode-se observar que, antes da intervenção do Programa SANAR quatro dos cinco municípios avaliados já possuíam condição de “Implantação”. Em Escada e Goiana essa diretriz já estava sendo observada integralmente antes da intervenção do Programa SANAR, e manteve esse nível de qualidade ao final do quadriênio considerado. Dois municípios (Olinda e Ipojuca) melhoraram a pontuação observada, constatando-se maior aumento no último município (24,9%). E, no município de Jaboatão dos Guararapes houve redução na observância dessa diretriz. **(4)** “Disponibilização de Isoniazida em tempo oportuno aos portadores de ILTB (até 7 dias)”. Este estudo evidenciou que a observância dessa diretriz sofreu discreta melhora em três dos cinco municípios avaliados (Jaboatão dos Guararapes, Ipojuca e Escada) piorando nos outros dois (Olinda e Goiana), em especial nesse último município, onde ficou constatado durante a visita de monitoramento técnico, em 2018, que nenhum dos casos ILTB havia recebido a Isoniazida em tempo oportuno (de 33,3% “Implantação Incipiente” cai para “Não Implantada”). Em Olinda a pontuação observada após o Programa SANAR caiu passando da condição “Parcialmente Implantado” para “Insatisfatória” (de 64,3% para 54,8% da PME). Todavia, apesar da queda de 14,8% na PME, esse município comparado aos demais estudados foi o mais bem pontuado. E, em Jaboatão dos Guararapes, Ipojuca e Escada, apesar da melhora observada nesses municípios, após o SANAR o grau de implantação dessa ação foi considerada “Incipiente”. **(5)** “Existência de Raio-X em funcionamento no Município”. Antes do Programa SANAR todos os municípios avaliados obtiveram grau de implantação “Implantado”. Todavia, em Jaboatão dos Guararapes e Goiana, nem todas as USF disseram que tinham Raio-X a sua disposição. Após a intervenção do Programa SANAR essa condição foi corrigida em Jaboatão dos Guararapes (de 95,5% para a PME) e em Goiana houve manutenção da condição inicial (83,3% da PME). **(6)** “Existência de Referência Secundária formalmente estabelecida para encaminhamento dos casos de TB do Município, quando necessário”. Conforme pode ser observado antes do Programa SANAR em Ipojuca e Escada todas as USF participantes deste estudo disseram que possuíam essa referência. No município de Goiana, ao contrário, todas as USF estudadas disseram que não possuíam essa referência. Ao final do período estabelecido para monitoramento técnico dessa

condição, em Goiana 83,3% das USF afirmaram possuir referência secundária formalmente estabelecida para encaminhamento dos casos de TB. Os municípios de Ipojuca e Escada mantiveram a PME. Olinda atingiu essa condição (aumento de 10,5% – de 90,5% para a PME). Em Jaboatão dos Guararapes o número de USF que disseram possuir referência secundária formalmente estabelecida caiu, assinalando-se queda de 9,5% – de 95,5% para 86,4% da PME.

5.1.1.4 Subcomponente Materiais Instrucionais

Os materiais instrucionais sobre diagnóstico e vigilância da Tuberculose considerados indispensáveis, devendo, portanto, estarem disponíveis nas USF participantes do PCT são: **(1)** Manual de Recomendação para o Controle da Tuberculose no Brasil; **(2)** Guia de Orientação para Coleta de Escarro, 2014; **(3)** Nota Informativa nº 08, de 2014 CGPNCT/DEVEP/SVS/MS (Recomendações para Controle de Contatos e Tratamento da Infecção Latente da Tuberculose na indisponibilidade transitória do Derivado Proteico Purificado); e **(4)** Nota Técnica nº 32/2014 DGCD/SEVS/SES-PE (Sobre Critérios para Coleta e Acondicionamento do Escarro, Indicação de Cultura do Escarro e Fluxo de Diagnóstico).

Com relação a esse indicador, este estudo evidenciou que antes da intervenção do Programa SANAR quatro dos cinco municípios avaliados (Jaboatão dos Guararapes, Olinda, Ipojuca e Escada) obtiveram grau de implantação “Insipiente”. O município de Goiana foi considerado como tendo a condição “Insatisfatória”, com 41,7% da PME, ou seja, bem próximo do ponto de corte que o classificaria também como “Incipiente”. Após a intervenção do Programa SANAR, em quatro municípios houve aumento de USF que afirmaram ter disponíveis os mencionados materiais instrucionais, saindo da condição “Insipiente” para a condição “Insatisfatória” os municípios de Olinda (de 17,9% para 59,5% da PME) e Ipojuca (de 37,5% para 45,8% da PME); e para a condição “Parcialmente Implantada” o município de Escada (de 25,0% para 75,0% da PME) e Goiana (de 41,7% para 79,2% da PME). O município de Jaboatão dos Guararapes foi o único que se manteve no grau de implantação inicial “Incipiente”, sendo também constatado diminuição do número de USF que afirmaram que os referidos materiais instrucionais estavam disponíveis para estudo e/ou consulta quando necessário.

Quadro 13. Matriz de Análise e Julgamento para estabelecer o Grau de Implantação das ações do **Programa de Controle da Tuberculose (PCT)** nas USF – **Componente Estrutura** – nos cinco municípios de Pernambuco selecionados para este estudo, **antes da intervenção do Programa SANAR**, quadriênio 2015 – 2018.

Continua

INDICADOR	PME em Jaboatão	22 Equipes ESF		PME em Olinda	21 Equipes ESF		PME em Ipojuca	06 Equipes ESF		PME em Escada	06 Equipes ESF		PME em Goiana	06 Equipes ESF		PME - DG	PO	GI
		PO	GI		PO	GI		PO	GI		PO	GI						
Recursos Humanos																		
Nº de profissionais na USF para o PCT	44 (100%)	42,0	95,5	42 (100%)	37,0	88,1	12 (100%)	12,0	100,0	12 (100%)	12,0	100,0	12 (100%)	12,0	100,0	122 (100%)	115,0	95,3
Nº de ACS para o PCT	44 (100%)	39,0	88,6	42 (100%)	33,0	78,6	12 (100%)	10,0	83,3	12 (100%)	9,0	75,0	12 (100%)	7,5	62,5	122 (100%)	97,5	79,9
Σ	88 (100%)	81,0	92,0	84 (100%)	70,0	83,3	24 (100%)	22,0	91,7	24 (100%)	21,0	87,5	24 (100%)	19,5	77,1	244 (100%)	213,5	87,5
Impressos																		
1) Ficha de Notificação/ Investigação de Tuberculose; 2) Livro de Registro de Pacientes e Acompanhamento do Tratamento dos Casos de Tuberculose; 3) Livro de Registro de Sintomático Respiratório (SR); 4) Impresso de Controle de Contatos; 5) Ficha de Acompanhamento Diário do Tratamento Diretamente Observado (TDO); 6) Ficha de Notificação de Infecção Latente (ILTB)	132 (100%)	77,0	58,3	126 (100%)	109,0	86,5	36 (100%)	17,0	47,2	36 (100%)	20,0	55,6	36 (100%)	20,0	55,6	366 (100%)	243,0	66,4
Σ	132 (100%)	77,0	58,3	126 (100%)	109,0	86,5	36 (100%)	17,0	47,2	36 (100%)	20,0	55,6	36 (100%)	20,0	55,6	366 (100%)	243,0	66,4
Materiais para Assistência ao paciente																		
Disponibilidade de potes plásticos na USF para coleta de exame de escarro	66 (100%)	48,0	72,7	63 (100%)	54,0	85,7	18 (100%)	3,0	16,7	18 (100%)	0,0	0,0	18 (100%)	15,0	83,3	183 (100%)	120,0	65,6
BCG no Município	44 (100%)	38,0	86,4	42 (100%)	40,0	95,2	12 (100%)	12,0	100,0	12 (100%)	12,0	100,0	12 (100%)	12,0	100,0	122 (100%)	114,0	93,4
Poliquimioterapia (esquema básico para tuberculose) disponibilizada aos pacientes em tempo oportuno (até 7 dias).	88 (100%)	86,0	97,7	84 (100%)	74,0	88,1	24 (100%)	16,0	66,7	24 (100%)	24,0	100,0	24 (100%)	24,0	100,0	244 (100%)	224,0	91,8
Isoniazida, disponibilizada aos portadores de ILTB em tempo oportuno (até 7 dias).	88 (100%)	12,0	13,6	84 (100%)	54,0	64,3	24 (100%)	0,0	0,0	24 (100%)	0,0	0,0	24 (100%)	8,0	33,3	244 (100%)	74,0	30,3
Raios-X em funcionamento no Município	66 (100%)	63,0	95,5	63 (100%)	63,0	100,0	18 (100%)	18,0	100,0	18 (100%)	18,0	100,0	18 (100%)	15,0	83,3	183 (100%)	177,0	96,7

Quadro 13. Matriz de Análise e Julgamento para estabelecer o Grau de Implantação das ações do **Programa de Controle da Tuberculose (PCT)** nas USF – **Componente Estrutura** – nos cinco municípios de Pernambuco selecionados para este estudo, **antes da intervenção do Programa SANAR**, quadriênio 2015 – 2018.

Continuação

Materiais para Assistência ao paciente																		
Referência Secundária estabelecida pelo Município.	44 (100%)	42,0	95,5	42 (100%)	38,0	90,5	12 (100%)	12,0	100,0	12 (100%)	12,0	100,0	12 (100%)	0,0	0,0	122 (100%)	104,0	85,2
Σ	396 (100%)	289,0	72,9	378 (100%)	323,0	85,4	108 (100%)	61,0	56,5	108 (100%)	66,0	61,1	108 (100%)	74,0	68,5	1098 (100%)	813,0	74,0
Materiais Instrucionais																		
Disponibilidade na USF: 1) Manual de Recomendação para o Controle da Tuberculose no Brasil; 2) Guia de Orientação para Coleta de Escarro – 2014; 3) Nota Informativa nº 08, de 2014 CGPNCT/DEVEP/SVS/MS; (Recomendações para Controle de Contatos e Tratamento da Infecção Latente da Tuberculose na indisponibilidade transitória do Derivado Proteico Purificado); 4) Nota Técnica nº 32/2014 DGCD/SEVS/SES-PE (Sobre Critérios para Coleta e Acondicionamento do Escarro, Indicação de Cultura do Escarro e Fluxo de Diagnóstico).	44 (100%)	9,5	21,6	42 (100%)	7,5	17,9	12 (100%)	4,5	37,5	12 (100%)	3,0	25,0	12 (100%)	5,0	41,7	122 (100%)	29,5	24,2
Σ	44 (100%)	9,5	21,6	42 (100%)	7,5	17,9	12 (100%)	4,5	37,5	12 (100%)	3,0	25,0	12 (100%)	5,0	41,7	122 (100%)	29,5	24,2
Componente Estrutura Σ	660 (100%)	456,5	69,2	630 (100%)	509,5	80,9%	180 (100%)	104,5	58,1	180 (100%)	110,0	61,1	180 (100%)	118,5	65,8	1830 (100%)	1299,0	71,0

PME = Pontuação Máxima Esperada; PO = Pontuação Observada; GI = Grau de Implantação; DG = Dimensão Global.

Fonte: A Autora

Quadro 14. Matriz de Análise e Julgamento para estabelecer o Grau de Implantação das ações do **Programa de Controle da Tuberculose (PCT)** nas USF – **Componente Estrutura** – nos cinco municípios de Pernambuco selecionados para este estudo, **após a intervenção do Programa SANAR**, quadriênio 2015 – 2018.

Continua

INDICADOR	PME em Jaboatão	22 Equipes ESF		PME em Olinda	21 Equipes ESF		PME em Ipojuca	06 Equipes ESF		PME em Escada	06 Equipes ESF		PME em Goiana	06 Equipes ESF		PME - DG	PO	GI
		PO	GI		PO	GI		PO	GI		PO	GI						
Recursos Humanos																		
Nº de profissionais na USF para o PCT	44 (100%)	42,0	95,5	42 (100%)	42,0	100,0	12 (100%)	12,0	100,0	12 (100%)	12,0	100,0	12 (100%)	12,0	100,0	122 (100%)	120,0	98,4
Nº de ACS para o PCT	44 (100%)	36,0	81,8	42 (100%)	32,0	76,2	12 (100%)	6,0	50,0	12 (100%)	10,5	87,5	12 (100%)	7,0	58,3	122 (100%)	91,5	75,0
Σ	88 (100%)	78,0	88,6	84 (100%)	74,0	88,1	24 (100%)	18,0	75,0	24 (100%)	22,5	93,7	24 (100%)	19,0	79,2	244 (100%)	211,5	86,7
Impressos																		
1) Ficha de Notificação/ Investigação de Tuberculose; 2) Livro de Registro de Pacientes e Acompanhamento do Tratamento dos Casos de Tuberculose; 3) Livro de Registro de Sintomático Respiratório (SR); 4) Impresso de Controle de Contatos; 5) Ficha de Acompanhamento Diário do Tratamento Diretamente Observado (TDO); 6) Ficha de Notificação de Infecção Latente (ILTB)	132 (100%)	90,0	68,2	126 (100%)	122,0	96,8	36 (100%)	25,0	69,4	36 (100%)	33,0	91,7	36 (100%)	33,0	91,7	366 (100%)	303,0	82,8
Σ	132 (100%)	90,0	68,2	126 (100%)	122,0	96,8	36 (100%)	25,0	69,4	36 (100%)	33,0	91,7	36 (100%)	33,0	91,7	366 (100%)	303,0	82,8
Materiais para Assistência ao paciente																		
Disponibilidade de potes plásticos na USF para coleta de exame de escarro	66 (100%)	63,0	95,5	63 (100%)	63,0	100,0	18 (100%)	15,0	83,3	18 (100%)	18,0	100,0	18 (100%)	18,0	100,0	183 (100%)	177,0	96,7
BCG no Município	44 (100%)	44,0	100,0	42 (100%)	42,0	100,0	12 (100%)	12,0	100,0	12 (100%)	12,0	100,0	12 (100%)	12,0	100,0	122 (100%)	122,0	100,0
Poliquimioterapia (esquema básico para tuberculose) disponibilizada aos pacientes em tempo oportuno (até 7 dias).	88 (100%)	84,0	95,5	84 (100%)	76,0	90,5	24 (100%)	20,0	83,3	24 (100%)	24,0	100,0	24 (100%)	24,0	100,0	244 (100%)	228,0	93,4
Isoniazida, disponibilizada aos portadores de ILTB em tempo oportuno (até 7 dias).	88 (100%)	18,0	20,5	84 (100%)	46,0	54,8	24 (100%)	4,0	16,7	24 (100%)	4,0	16,7	24 (100%)	0,0	0,0	244 (100%)	72,0	29,5
Raios-X em funcionamento no Município	66 (100%)	66,0	100,0	63 (100%)	63,0	100,0	18 (100%)	18,0	100,0	18 (100%)	18,0	100,0	18 (100%)	15,0	83,3	183 (100%)	180,0	98,4

Quadro 14. Matriz de Análise e Julgamento para estabelecer o Grau de Implantação das ações do **Programa de Controle da Tuberculose (PCT)** nas USF – **Componente Estrutura** – nos cinco municípios de Pernambuco selecionados para este estudo, **após a intervenção do Programa SANAR**, quadriênio 2015 – 2018.

Continuação

Materiais para Assistência ao paciente																		
Referência Secundária estabelecida pelo Município.	44 (100%)	38,0	86,4	42 (100%)	42,0	100,0	12 (100%)	12,0	100,0	12 (100%)	12,0	100,0	12 (100%)	10,0	83,3	122 (100%)	114,0	93,4
Σ	396 (100%)	313,0	79,0	378 (100%)	332,0	87,8	108 (100%)	81,0	75,0	108 (100%)	88,0	81,5	108 (100%)	79,0	73,1	1098 (100%)	893,0	81,3
Materiais Instrucionais																		
Disponibilidade na USF: 1) Manual de Recomendação para o Controle da Tuberculose no Brasil; 2) Guia de Orientação para Coleta de Escarro – 2014; 3) Nota Informativa nº 08, de 2014 CGPNCT/DEVEP/SVS/MS; (Recomendações para Controle de Contatos e Tratamento da Infecção Latente da Tuberculose na indisponibilidade transitória do Derivado Proteico Purificado); 4) Nota Técnica nº 32/2014 DGCD/SEVS/SES-PE (Sobre Critérios para Coleta e Acondicionamento do Escarro, Indicação de Cultura do Escarro e Fluxo de Diagnóstico).	44 (100%)	6,0	13,6	42 (100%)	25,0	59,5	12 (100%)	5,5	45,8	12 (100%)	9,0	75,0	12 (100%)	9,5	79,2	122 (100%)	55,0	45,1
Σ	44 (100%)	6,0	13,6	42 (100%)	25,0	59,5	12 (100%)	5,5	45,8	12 (100%)	9,0	75,0	12 (100%)	9,5	79,2	122 (100%)	55,0	45,1
Componente Estrutura Σ	660 (100%)	487,0	73,8	630 (100%)	553,0	87,8	180 (100%)	129,5	71,9	180 (100%)	152,5	84,7	180 (100%)	140,5	78,1	1830 (100%)	1462,5	79,9

PME = Pontuação Máxima Esperada; PO = Pontuação Observada; GI = Grau de Implantação; DG = Dimensão Global.

Fonte: A Autora

5.1.1.5 Componente Estrutura Antes e Após o Programa SANAR

No Quadro 15 a seguir, tem-se a Matriz Comparativa da Análise e Julgamento, Componente Estrutura, do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) nas USF dos cinco municípios de Pernambuco estudados, que permite observar a variação proporcional do Grau de Implantação antes e após a intervenção do Programa SANAR, por subcomponente da Estrutura em cada município avaliado (dimensão unitária “DU”) e na dimensão global (DG).

Quadro 15 Matriz Comparativa da Análise e Julgamento do Grau de Implantação das ações do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) nas USF, antes e após a intervenção do Programa SANAR, quadriênio 2015 – 2018 – Componente Estrutura –, nos cinco municípios de Pernambuco selecionados para este estudo.

Componente Estrutura	PME (100%)	Antes do Programa SANAR		Após o Programa SANAR		Variação proporcional observada (%)
		PO	GI (%)	PO	GI (%)	
Recursos Humanos						
Jaboatão dos Guararapes	88	81,0	92,0	78,0	88,6	- 3,4
Olinda	84	70,0	83,3	74,0	88,1	4,8
Ipojuca	24	22,0	91,7	18,0	75,0	- 16,7
Escada	24	21,0	87,5	22,5	93,7	6,2
Goiana	24	19,5	77,1	19,0	79,2	2,1
Σ	244	213,5	87,5	211,5	86,7	- 0,8
Impressos						
Jaboatão dos Guararapes	132	77,0	58,3	90,0	68,2	9,9
Olinda	126	109,0	86,5	122,0	96,8	10,3
Ipojuca	36	17,0	47,2	25,0	69,4	22,2
Escada	36	20,0	55,6	33,0	91,7	36,1
Goiana	36	20,0	55,6	33,0	91,7	36,1
Σ	366	243,0	66,4	303,0	82,8	16,4
Materiais para Assistência ao paciente						
Jaboatão dos Guararapes	396	289,0	72,9	313,0	79,0	6,1
Olinda	378	323,0	85,4	332,0	87,8	2,4
Ipojuca	108	61,0	56,5	81,0	75,0	18,5
Escada	108	66,0	61,1	88,0	81,5	20,4
Goiana	108	74,0	68,5	79,0	73,1	4,6
Σ	1098	813,0	74,0	893,0	81,3	7,3
Materiais Instrucionais						
Jaboatão dos Guararapes	44	9,5	21,6	6,0	13,6	- 8,0
Olinda	42	7,5	17,9	25,0	59,5	41,6
Ipojuca	12	4,5	37,5	5,5	45,8	8,3
Escada	12	3,0	25,0	9,0	75,0	50,0
Goiana	12	5,0	41,7	9,5	79,2	37,5
Σ	122	29,5	24,2	55,0	45,1	20,9
Dimensão Global						
Jaboatão dos Guararapes	660	456,5	69,2	487,0	73,8	4,6
Olinda	630	509,5	80,9	553,0	87,8	6,9
Ipojuca	180	104,5	58,1	129,5	71,9	13,8
Escada	180	110,0	61,1	152,5	84,7	23,6
Goiana	180	118,5	65,8	140,5	78,1	12,3
Σ	1830	1299,0	71,0	1462,5	79,9	8,9

Fonte: A Autora

Pode-se observar na DG, que antes da intervenção do Programa SANAR apenas o município de Olinda obteve pontuação compatível com o grau de implantação “Implantado” (80,9% da PME). A pior condição (grau de “Implantação Insatisfatória”, com 58,1% da PME) foi observada em Ipojuca. Após a intervenção do Programa SANAR o Componente Estrutura melhorou em todos os municípios participantes deste estudo. Olinda manteve a condição de “Implantado” (passou de 80,9% para 87,8% da PME) e esse grau de implantação foi alcançado em Escada (passou de 61,1% para 84,7% da PME). Em Jaboatão dos Guararapes e Goiana o grau de implantação “Parcialmente Implantado” foi mantido; e em Ipojuca o grau de implantação ascendeu, passando da condição “Insipiente” (58,1% da PME) para “Parcialmente Implantado” (71,9% da PME).

Apreciando-se a variação proporcional, ao se comparar a pontuação obtida antes e após a intervenção do Programa SANAR, percebe-se que o subcomponente da Estrutura que merece especial atenção é a disponibilidade de “Recursos Humanos” para o PCT. Como pode ser observado constatou-se variação proporcional “negativa” na DG dos Municípios avaliados (-0,8%). E, focando a DU, verifica-se que apresentaram variação proporcional “negativa” o município de Jaboatão dos Guararapes (-3,4%) e de Ipojuca (-16,7%). O subcomponente da Estrutura “Materiais instrucionais sobre Diagnóstico e Vigilância da Tuberculose” apresentou variação proporcional “negativa” apenas no município de Jaboatão dos Guararapes (-8,0%). Nos demais subcomponente da Estrutura, tanto na DG quanto na DU, a variação proporcional foi “positiva”.

5.1.2 Componente Processo

O Grau de Implantação das ações do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) nas USF dos cinco municípios de Pernambuco selecionados para este estudo, Componente Processo, está demonstrado nos Quadros 16 e 17 (Matriz de Análise e Julgamento – Componente Processo), respectivamente antes e após a intervenção do Programa SANAR quadriênio 2015 – 2018.

A análise e Julgamento do Componente Processo foi realizada considerando três subcomponentes: Vigilância Epidemiológica (oito indicadores), Assistência ao Paciente (treze indicadores) e Educação em Saúde (três indicadores).

5.1.2.1 Subcomponente Vigilância Epidemiológica

A atividade “Realização no município da Prova Tuberculínica”, antes do Programa SANAR já se encontrava na condição “Implantada” em todos os municípios participantes do estudo. Em três deles (Ipojuca, Escada e Goiana) a pontuação observada foi a máxima esperada. Após a intervenção do Programa SANAR, o município de Ipojuca foi o único que perdeu posição (cai para 83,3% da PME). Olinda atingiu a PME e Jaboatão dos Guararapes ascendeu para 90,9% da PME.

A atividade “Acompanhamento do tratamento da Infecção Latente pelo *M. Tuberculosis* (ILTb) na USF”, após a intervenção do Projeto SANAR melhorou em dois municípios (Jaboatão dos Guararapes e Ipojuca), permanecendo, todavia, na condição “Incipiente” tanto em Jaboatão dos Guararapes (22,7% da PME) quanto em Ipojuca (16,7% da PME). O município de Olinda permaneceu na condição inicial “Insatisfatória” (52,4% da PME) e a condição “Não Implantada” foi mantida nos municípios de Escada e Goiana.

Após a intervenção do Programa SANAR a atividade “Sintomáticos Respiratórios (SR) examinados na USF entre os esperados (1% da população adscrita)”, foi classificada como “Incipiente” em quatro dos cinco municípios estudados (Jaboatão dos Guararapes, Olinda, Ipojuca e Goiana) e “Não Implantada” no município de Escada. Durante a intervenção do Programa SANAR, o percentual de SR examinados foi elevado em Jaboatão dos Guararapes (de 3,8% para 4,5% da PME) e em Ipojuca (da “Não Implantação” para 8,3% da PME); reduzida em Olinda (de 15,9% para 11,1% da PME); e permaneceu o mesmo em Goiana (16,7% da PME) e em Escada (na condição “Não Implantada”).

Quanto a atividade “Exame realizado nos contatos de casos de tuberculose entre os registrados nas USF (PME \geq 70%)”, após a intervenção do Programa SANAR a condição “Incipiente” foi superada pelos municípios de Ipojuca (de 16,7% para 50,0% da PME – condição “Insatisfatória”) e Goiana (de 16,7% para 83,3% da PME – condição “Implantada”). Essa atividade também foi considerada “Implantada”, com 83,3% da PME em Escada (ascende da condição “Parcialmente Implantada”, com 66,7% da PME). Em Olinda e em Jaboatão dos Guararapes constatou-se queda no percentual de contatos de casos de tuberculose examinados na USF. Em Olinda cai da condição “Parcialmente Implantada” (com 64,3% da PME) para a condição

“Insatisfatória” (com 57,1% da PME) e em Jaboatão dos Guararapes, apesar da queda, de 54,5% para 45,5% da PME, permanece na condição “Insatisfatória”.

Após a intervenção do Programa SANAR a “utilização adequada da Ficha de Controle de Contatos de Casos de Tuberculose” melhorou nos três dos cinco municípios participantes deste estudo que antes do SANAR encontrava-se na condição “Não Implantada” (Ipojuca, Escada e Goiana). O município de Escada alcançou a situação de “Implantada”, com 83,3% da PME; e os dois outros municípios, apesar de saírem da condição “Não Implantada”, alcançaram, apenas, o grau de implantação “Incipiente” – Goiana com 33,3% da PME e Ipojuca com 16,7% da PME –. O município de Jaboatão dos Guararapes manteve o percentual/condição inicial (“Incipiente”, com 13,6% da PME); e o município de Olinda reduziu o percentual/condição inicial (de 52,4% da PME – condição “Insatisfatória” para 38,1% da PME – condição “Incipiente”).

Com relação ao “Preenchimento adequado dos livros: Registro e Acompanhamento do Tratamento dos Casos de Tuberculose; e Registro dos Sintomáticos Respiratórios no Serviço de Saúde”, houve redução da observância dessa diretriz em três dos cinco municípios estudados: em Jaboatão dos Guararapes antes do SANAR encontrava-se na condição “Parcialmente Implantada” (com 72,7% da PME) cai para a condição “Insatisfatória” (com 52,3% da PME); em Ipojuca encontrava-se na condição “Insatisfatória” (com 41,7% da PME) cai para a condição “Incipiente” (com 33,3% da PME); e em Goiana encontrava-se na condição “Parcialmente Implantada” (com 66,7% da PME) cai para a condição “Insatisfatória” (com 58,3% da PME). Nos outros dois municípios, após a intervenção do SANAR, o grau de implantação dessa atividade foi classificado “implantado” – em Olinda com 85,7% da PME e em Escada com 83,3% da PME.

A “atualização e envio mensal do Boletim de Acompanhamento dos Casos de Tuberculose pela USF”, após a intervenção do Programa SANAR melhorou em três dos cinco municípios estudados (Jaboatão dos Guararapes, Olinda e Goiana), que da condição “Incipiente” ascenderam para a condição “implantada” em Olinda (de 14,3% para 95,2% da PME); e para a condição “Insatisfatória” em Jaboatão dos Guararapes (de 27,3% para 50,0% da PME) e Goiana (de 33,3% para 50,0% da PME). Situação inalterada foi observada em Escada (“implantado” com 83,3% da PME); e em Ipojuca decaiu da condição “Implantada” (com a PME) para “Parcialmente Implantada”, com 66,7% da PME.

Quanto a atividade “Utilização adequada da Ficha de Acompanhamento Diário do Tratamento Diretamente Observado (TDO)”, após a intervenção do Programa SANAR houve melhora desse indicador nos três, dos cinco municípios estudados, que se encontravam na condição de “Não Implantação”, passando para o grau de implantação “Parcialmente Implantado” no município de Escada (com 66,7% da PME); para o grau de implantação “Insatisfatória” no município de Goiana (com 50,0% da PME); e para o grau de implantação “Incipiente” no município de Ipojuca (com 16,7% da PME). A situação permaneceu inalterada em Olinda (“Incipiente”, com 33,3% da PME) e em Jaboatão dos Guararapes (“Incipiente”, com 13,6% da PME).

Observando o subcomponente **“Vigilância Epidemiológica” em sua dimensão global (DG)**, por município avaliado, pode-se observar que antes da intervenção do Programa SANAR Olinda obteve maior percentual, atingindo, contudo, o grau de implantação “Insatisfatório” com 43,1% da PME. Nos outros quatro municípios esse subcomponente obteve grau de implantação “Incipiente”. Após a intervenção do Programa SANAR, Jaboatão dos Guararapes foi o único que reduziu sua pontuação (de 36,2% para 33,9% da PME), permanecendo na condição “Incipiente”. Nos demais municípios, embora a pontuação observada tenha aumentado, ao final do quadriênio considerado o grau de implantação permaneceu “Insatisfatório” em Olinda (de 43,1% para 55,6% da PME) e “Incipiente” em Ipojuca (de 28,5% para 31,2% da PME); e progrediu da condição “Incipiente” para grau de implantação “Insatisfatório” em Escada (de 31,3% para 55,6% da PME) e em Goiana (de 33,3% para 45,1% da PME).

5.1.2.2 Subcomponente Assistência ao Paciente

A atividade “Percentual de casos de TB confirmados bacteriologicamente pela baciloscopia e/ou cultura, registrados no Sinan (PME = 100%)”, aumentou em quatro dos cinco municípios estudados (Jaboatão dos Guararapes, Ipojuca, Escada e Goiana), passando do grau de implantação “Incipiente” para “Insatisfatório” o município de Escada (de 29,2% para 50,0% da PME); permanecendo no grau de implantação “Incipiente” o município de Ipojuca (de 8,3% para 25,0% da PME); permanecendo na condição de “Parcialmente Implantada” no município de Jaboatão dos Guararapes (de 61,4% para 69,3% da PME); e passando do grau de

“Implantação Insatisfatória” para “Parcialmente Implantada” no município de Goiana (de 41,7% para 66,7% da PME). Olinda, ao contrário, diminuiu o grau de implantação dessa atividade, passando da situação de “Implantada” (com 85,7% da PME) para “Parcialmente Implantada” (com 63,1% da PME).

A atividade “Identificação dos quatro critérios para solicitação de cultura: Retrato; Baciloscopia positiva a partir do 2º mês de tratamento; Casos HIV positivos; e Populações Especiais” teve seu grau de implantação aumentado após a intervenção do Programa SANAR em todos os municípios avaliados. Foi atingida a situação de “Implantação” em Goiana (de 33,3% para a PME) e Escada (de 45,8% para 83,3% da PME); e de “Parcialmente Implantada” em Olinda (de 40,5% para 76,2% da PME) e Jabotão dos Guararapes (de 37,5% para 61,4% da PME). Em Ipojuca, passa da situação “Não Implantada” para “Incipiente”, com 37,5% da PME.

A atividade “Percentual de casos de TB que realizaram tratamento diretamente observado (TDO) na USF, com registro no Livro de Acompanhamento ou no Sinan (PME \geq 80%)”, após a intervenção do Programa SANAR aumentou em quatro dos cinco municípios estudados (Olinda, Ipojuca, Escada e Goiana). Todavia, o grau de “Implantação Incipiente” permaneceu em Olinda (de 21,4% aumentou para 33,3% da PME) e Ipojuca (de 25,0% aumentou para 33,3% da PME); manteve-se no grau de “Implantação Insatisfatória” em Escada (de 50,0% aumentou para 58,3% da PME); e progrediu da condição de “Implantação Incipiente” para “Parcialmente Implantada” em Goiana (de 16,7% aumentou para 66,7% da PME). Em Jabotão dos Guararapes manteve-se no grau de “Implantação Incipiente” embora tenha reduzido a pontuação observada (de 15,9% para 13,6% da PME).

Após a intervenção do Programa SANAR a afirmação de que “O tratamento diretamente observado (TDO) é realizado pela USF”, permaneceu no grau de “Implantação Incipiente”, com redução da pontuação observada, em Jabotão dos Guararapes (de 18,2% reduziu para 13,6% da PME) e Olinda (de 35,7% reduziu para 33,3% da PME); progrediu da “Não Implantação” para o grau de “Implantação Incipiente” em Ipojuca (com 16,7% da PME) e para o grau de “Implantação Insatisfatória” em Goiana (com 41,7% da PME); e progrediu da condição “Implantação Incipiente” para a condição “Parcialmente Implantada” em Escada (aumentou de 25,0% para 66,7% da PME).

A atividade “Casos de TB em tratamento que fizeram baciloscopia de acompanhamento mensal (PME 100%)”, após a intervenção do Programa SANAR

caiu em três dos cinco municípios avaliados – permanecendo na condição de “Implantação Insatisfatória” em Jabotão dos Guararapes (de 59,1% reduziu para 50,0% da PME) e Olinda (de 48,8% reduziu para 42,9% da PME); e retornando da condição “Incipiente” (com 16,7% da PME) para a condição de “Não Implantação” em Escada –. Houve elevação dessa atividade nos municípios de Goiana (de 16,7% “Implantação Incipiente” para 75,0% da PME “Parcialmente Implantada”) e de Ipojuca (de 8,3% para 33,3% da PME – permanecendo na condição “Incipiente”).

A atividade “Percentual de casos de tuberculose testados para o HIV (PME \geq 75%)”, após a intervenção do Programa SANAR apresentou os seguintes resultados: o município de Escada progride da condição “Parcialmente Implantada” para “Implantada” (de 66,7% para a PME); Ipojuca progride da condição “Incipiente” para “Parcialmente Implantada” (de 33,3% para 66,7% da PME); Jabotão dos Guararapes mantém a condição/pontuação inicial (“Implantada” com 93,2% da PME); Olinda manteve-se na condição “Parcialmente Implantada” mas com redução da pontuação observada (de 71,4% para 61,9% da PME); e Goiana reduziu a pontuação observada e perdeu a posição de “Implantada” (com PME) para “Parcialmente Implantada” (com 66,7% da PME).

A atividade “Busca ativa de faltosos ao tratamento de TB através de visita domiciliar, devidamente registrada na USF”, já se encontrava na condição “Implantada” em todos os municípios estudados antes da intervenção do Programa SANAR, mantendo-se nesse grau de implantação. Todavia, ao final do quinquênio estabelecido, essa atividade ascendeu para a PME nos municípios de Ipojuca e Escada; e manteve-se nessa condição no município de Olinda. A pontuação observada foi menor em Jabotão dos Guararapes (de 95,5% cai para 81,8% da PME) e Goiana (da PME cai para 83,3% da PME).

A atividade “Existência de fluxo de recolhimento de amostras de escarro para diagnóstico de TB, na USF”, antes do Programa SANAR encontrava-se “Não Implantada” em Ipojuca e Escada e “Implantada” em Jabotão dos Guararapes (com 81,8% da PME), Olinda (com 95,2% da PME) e Goiana (com 83,3% da PME). Após o Programa SANAR não houve alteração em Olinda. Nos demais municípios constatou-se aumento da pontuação observada – Goiana atingiu a PME, Ipojuca e Escada progrediu para grau de implantação “Incipiente” (com 33,3% da PME) e Jabotão dos Guararapes aumentou sua pontuação para 86,4% da PME.

A atividade “Entrega dos resultados da baciloscopia de escarro em tempo

oportuno (até 7 dias)", antes do Programa SANAR encontrava-se "Não Implantada" em Ipojuca e Escada; na condição de "Implantação Incipiente" em Jaboatão dos Guararapes (com 15,2% da PME); e Goiana (com 27,8% da PME); e na condição "Implantada" em Olinda (com 90,5% da PME). Após o Programa SANAR, progrediu em Ipojuca e Escada para o grau de "Implantação Incipiente" (respectivamente, com 11,1% e 38,9% da PME); permaneceu no grau de "Implantação Incipiente" em Jaboatão dos Guararapes (com aumento da pontuação observada, para 24,2% da PME); progrediu para a condição "Parcialmente Implantada" em Goiana, com 66,7% da PME; e manteve-se na condição de "Implantada" em Olinda, com redução da pontuação, para 88,9% da PME.

A atividade "Entrega dos resultados de cultura de escarro em tempo oportuno (até 60 dias)", antes do Programa SANAR encontrava-se "Não Implantada" em Ipojuca e Goiana; na condição de "Implantação Incipiente" em Jaboatão dos Guararapes (com 4,5% da PME) e Escada (com 16,7% da PME); e na condição de "Implantação Insatisfatória" em Olinda (com 57,1% da PME). Após o Programa SANAR encontravam-se no grau de "Implantação Incipiente" em Jaboatão dos Guararapes (com 12,1% da PME), Olinda (com 27,0% da PME) e Goiana (com 16,7% da PME); e na condição "Não implantada" em Ipojuca e Escada.

A atividade "Entrega dos resultados de Raio-X em tempo oportuno (até 7 dias)", antes do Programa SANAR se encontrava "Implantada" em Escada (com a PME); "Parcialmente Implantada" em Ipojuca e Goiana, com 75,0% da PME; e no grau de "Implantação Incipiente" em Olinda (com 16,7% da PME) e Jaboatão dos Guararapes (com 4,5% da PME). Após a intervenção do Programa SANAR, Escada manteve e Ipojuca progrediu para a PME; Goiana progrediu da condição "Parcialmente Implantada" para "Implantada", com 83,3% da PME; e nos municípios de Olinda e Jaboatão dos Guararapes, embora a pontuação observada tenha aumentado, manteve-se no grau de "Implantação Incipiente", respectivamente, com 38,1% e 22,7% da PME.

A atividade "Entrega dos resultados do teste de HIV realizados em casos de tuberculose, em tempo oportuno (até 30 dias)", antes do Programa SANAR se encontrava "Implantada" com a PME nos municípios de Jaboatão dos Guararapes, Olinda, Escada e Goiana; e na condição de "Implantação Incipiente" em Ipojuca, com 33,3% da PME. Após o SANAR a PME foi mantida em Escada e Goiana; foi alcançada em Ipojuca; e perdida em Jaboatão dos Guararapes (cai para 95,5% da

PME) e Olinda (cai para 95,2% da PME).

A atividade “Uso da ficha de referência e contrarreferência pela USF”, antes do Programa SANAR encontrava-se na condição de “Não Implantada” em Jaboatão dos Guararapes, Ipojuca, Escada e Goiana. E na condição de “Implantação Incipiente”, com 4,8% da PME, em Olinda. Após a intervenção do Programa SANAR apenas o município de Goiana saiu da condição “Não Implantada” para o grau de “Implantação Incipiente”, com 16,7% da PME. Em Olinda, apesar do aumento na pontuação observada, permaneceu no grau de “Implantação Incipiente”, com 38,1% da PME.

O subcomponente “Assistência ao Paciente” em sua DG, por município avaliado, como pode ser observado obteve progresso, embora esteja longe do desejável em todos os municípios selecionados para este estudo. O melhor resultado foi observado em Goiana, que progrediu da condição de “Implantação Insatisfatória” para “Parcialmente Implantada” (de 49,6% para 70,8% da PME). Em seguida tem-se o município de Olinda que manteve essa atividade na condição “Parcialmente Implantada” (de 64,3% para 64,5% da PME). Em Ipojuca saiu da condição de “Implantação Incipiente” (com 20,8% da PME) para “Implantação Insatisfatória” (com 44,6% da PME); E, em Jaboatão dos Guararapes e Escada, o grau de implantação se manteve na condição de “Implantação Insatisfatória”, respectivamente, com 54,4% e 57,5% da PME.

5.1.2.3 Subcomponente Educação em Saúde

A “Realização de atividades coletivas na USF sobre prevenção e controle da tuberculose (PME – mais de uma por ano, devidamente registrada em pelo menos um desses recursos: atas, fotos, livro de reuniões etc.)”, antes da intervenção do Programa SANAR se encontrava “Implantada” em Olinda e Escada; e com “Implantação Insatisfatória” nos demais municípios estudados. Após o SANAR, em Olinda manteve-se na condição de “Implantada”, mas com redução da pontuação observada (de 92,9% para 90,5% da PME). Em Escada também houve redução na pontuação observada, fazendo com que essa atividade retrocedesse para a condição “Parcialmente Implantada” (de 83,3% cai para 75,0% da PME). Em Ipojuca, a redução na pontuação observada antes do Programa SANAR não alterou o grau de “Implantação Insatisfatória” (de 58,3% cai para 50,0% da PME). Em Jaboatão dos

Guararapes, com o aumento da pontuação observada antes do Programa SANAR, o grau de implantação dessa atividade progrediu para “Parcialmente Implantada” (de 40,9% para 61,4% da PME); e em Goiana o aumento da pontuação observada antes do Programa SANAR, não alterou o grau de “Implantação Insatisfatória” (de 41,7% para 50,0% da PME).

A “Realização de atividades em parcerias com escolas, igrejas, associações e outros equipamentos sociais da comunidade para realização de ações educativas de controle da TB (PME – mais de uma por ano, devidamente registrada em pelo menos um desses recursos: atas, fotos, livro de reuniões etc.)”, antes da intervenção do Programa SANAR se encontrava “Parcialmente Implantada” em Olinda (76,2% da PME) e Escada (66,7% da PME); com “Implantação Insatisfatória” em Ipojuca (58,3% da PME); e com “Implantação Incipiente” em Jaboatão dos Guararapes (22,7% da PME) e Goiana (25,0% da PME). Após o Programa SANAR, a pontuação observada caiu em Olinda (para 61,9% da PME), mantendo-se na condição “Parcialmente Implantada”; em Escada (para 58,3% da PME), voltando ao grau de “Implantação Insatisfatória”; e em Ipojuca (para 25,0% da PME), voltando a condição de “Implantação Incipiente”. Os municípios de Jaboatão dos Guararapes e Goiana, embora tenham aumentado a pontuação observada antes do SANAR, permaneceram com essa atividade no grau de “Implantação Incipiente” – 38,6% da PME em Jaboatão dos Guararapes e 33,3% da PME em Goiana.

A “Realização de reuniões com a equipe de saúde para a qualificação dos ACS no que se refere a sua abordagem nas visitas domiciliares (PME – duas ou mais por ano, devidamente registrada em, pelo menos, um desses recursos: atas, fotos, livro de reuniões etc.)”, antes da intervenção do Programa SANAR se encontrava “Implantada” em Olinda (com 97,6% da PME); “Parcialmente Implantada” em Jaboatão dos Guararapes (com 79,5% da PME) e Escada (com 66,7% da PME); na condição de “Implantação Insatisfatória” em Goiana (com 41,7% da PME); e na condição de “Implantação Incipiente” em Ipojuca (com 16,7% da PME). Após o Programa SANAR, o único município que obteve redução da pontuação inicial foi Jaboatão dos Guararapes, retrocedendo ao grau de “Implantação Insatisfatória” com 47,7% da PME. Progrediram, atingindo a PME, em Olinda e Escada; Em Ipojuca, progrediu para o grau de “Implantação Insatisfatória”, com 50,0% da PME; e em Goiana, o aumento na pontuação inicial (de 41,7% para 58,3% da PME) não alterou o grau de “Implantação Insatisfatória”.

Observando o **subcomponente “Educação em Saúde” em sua DG**, por município avaliado, pode-se observar que o grau de implantação assinalado antes da intervenção do Programa SANAR foi mantido, em quatro dos cinco municípios – na condição de “Implantado” em Olinda (de 88,9% caiu para 84,1%); na condição “Parcialmente Implantado” em Escada (de 72,2% subiu para 77,8% da PME); na condição de “Implantação Insatisfatória” em Jaboatão dos Guararapes (de 47,7% subiu para 49,2% da PME) e Ipojuca (de 44,4% caiu para 41,7%) –. Em Goiana o aumento na pontuação observada antes da intervenção do Programa SANAR fez com que essa atividade progredisse da condição de “Implantação Incipiente” para “Implantação Insatisfatória” (de 36,1% sobe para 47,2% da PME).

Quadro 16 Matriz de Análise e Julgamento para estabelecer o Grau de Implantação das ações do **Programa de Controle da Tuberculose (PCT)** nas USF – **Componente Processo** – nos cinco municípios de Pernambuco selecionados para este estudo, **antes da intervenção do Programa SANAR**, quadriênio 2015 – 2018.

Continua

INDICADOR	PME em Jaboatão	22 Equipes ESF		PME em Olinda	21 Equipes ESF		PME em Ipojuca	06 Equipes ESF		PME em Escada	06 Equipes ESF		PME em Goiana	06 Equipes ESF		PME - DG	PO	GI
		PO	GI		PO	GI		PO	GI		PO	GI						
Vigilância Epidemiológica																		
Prova Tuberculínica realizada no Município.	44 (100%)	36,0	81,8	42 (100%)	40,0	95,2	12 (100%)	12,0	100,0	12 (100%)	12,0	100,0	12 (100%)	12,0	100,0	122 (100%)	112,0	91,8
Tratamento da Infecção Latente pelo M. Tuberculosis (ILTb) realizado na USF.	44 (100%)	6,0	13,6	42 (100%)	22,0	52,4	12 (100%)	0,0	0,0	12 (100%)	0,0	0,0	12 (100%)	0,0	0,0	122 (100%)	28,0	22,9
Exame realizado na USF em sintomáticos respiratórios (SR).	132 (100%)	5,0	3,8	126 (100%)	20,0	15,9	36 (100%)	0,0	0,0	36 (100%)	0,0	0,0	36 (100%)	6,0	16,7	366 (100%)	31,0	8,5
Exame realizado nos contatos de casos de tuberculose entre os registrados na USF (≥70%).	44 (100%)	24,0	54,5	42 (100%)	27,0	64,3	12 (100%)	2,0	16,7	12 (100%)	8,0	66,7	12 (100%)	2,0	16,7	122 (100%)	63,0	51,6
Uso adequado da Ficha de Controle de Contatos de Casos de Tuberculose.	44 (100%)	6,0	13,6	42 (100%)	22,0	52,4	12 (100%)	0,0	0,0	12 (100%)	0,0	0,0	12 (100%)	0,0	0,0	122 (100%)	28,0	22,9
Preenchimento adequado dos livros: 1) Registro e Acompanhamento do Tratamento dos Casos de Tuberculose; 2) Registro dos Sintomáticos Respiratórios no Serviço de Saúde.	132 (100%)	96,0	72,7	126 (100%)	66,0	52,4	36 (100%)	15,0	41,7	36 (100%)	15,0	41,7	36 (100%)	24,0	66,7	366 (100%)	216,0	59,0
Atualização mensal do Boletim de Acompanhamento dos Casos de TB.	44 (100%)	12,0	27,3	42 (100%)	6,0	14,3	12 (100%)	12,0	100,0	12 (100%)	10,0	83,3	12 (100%)	4,0	33,3	122 (100%)	44,0	36,1
Utilização adequada da Ficha de Acompanhamento Diário do Tratamento Diretamente Observado (TDO).	44 (100%)	6,0	13,6	42 (100%)	14,0	33,3	12 (100%)	0,0	0,0	12 (100%)	0,0	0,0	12 (100%)	0,0	0,0	122 (100%)	20,0	16,4
Σ	528 (100%)	191,0	36,2	504 (100%)	217,0	43,1	144 (100%)	41,0	28,5	144 (100%)	45,0	31,3	144 (100%)	48,0	33,3	1464 (100%)	542,0	37,0
Assistência ao Paciente																		
Casos de TB confirmados bacteriologicamente.	88 (100%)	54,0	61,4	84 (100%)	72,0	85,7	24 (100%)	2,0	8,3	24 (100%)	7,0	29,2	24 (100%)	10,0	41,7	244 (100%)	145,0	59,4
Identificação dos critérios para solicitação de cultura: 1) Retratamento; 2) Baciloscopia positiva a partir do 2º mês de tratamento; 3) Casos HIV positivos; 4) Populações Especiais.	88 (100%)	33,0	37,5	84 (100%)	34,0	40,5	24 (100%)	0,0	0,0	24 (100%)	11,0	45,8	24 (100%)	8,0	33,3	244 (100%)	86,0	35,2
Realização de TDO pela USF com registro no Livro de Acompanhamento ou Sinan.	44 (100%)	7,0	15,9	42 (100%)	9,0	21,4	12 (100%)	3,0	25,0	12 (100%)	6,0	50,0	12 (100%)	2,0	16,7	122 (100%)	27,0	22,1

Quadro 16 Matriz de Análise e Julgamento para estabelecer o Grau de Implantação das ações do **Programa de Controle da Tuberculose (PCT)** nas USF – **Componente Processo** – nos cinco municípios de Pernambuco selecionados para este estudo, **antes da intervenção do Programa SANAR**, quadriênio 2015 – 2018.

Continuação

Realização de TDO pela USF (informação verbal).	44 (100%)	8,0	18,2	42 (100%)	15,0	35,7	12 (100%)	0,0	0,0	12 (100%)	3,0	25,0	12 (100%)	0,0	0,0	122 (100%)	26,0	21,3
Casos de tuberculose em tratamento que realizam baciloscopia de acompanhamento mensal.	88 (100%)	52,0	59,1	84 (100%)	41,0	48,8	24 (100%)	2,0	8,3	24 (100%)	4,0	16,7	24 (100%)	4,0	16,7	244 (100%)	103,0	42,2
Testagem para o HIV realizada nos casos confirmados de TB.	88 (100%)	82,0	93,2	84 (100%)	60,0	71,4	24 (100%)	8,0	33,3	24 (100%)	16,0	66,7	24 (100%)	24,0	100,0	244 (100%)	190,0	77,9
Busca ativa de faltosos ao tratamento de TB através de visita domiciliar.	88 (100%)	84,0	95,5	84 (100%)	84,0	100,0	24 (100%)	20,0	83,3	24 (100%)	20,0	83,3	24 (100%)	24,0	100,0	244 (100%)	232,0	95,1
Fluxo de recolhimento de amostras de escarro para diagnóstico de TB na USF.	66 (100%)	54,0	81,8	63 (100%)	60,0	95,2	18 (100%)	0,0	0,0	18 (100%)	0,0	0,0	18 (100%)	15,0	83,3	183 (100%)	129,0	70,5
Resultado de baciloscopia de escarro entregue em tempo oportuno.	66 (100%)	10,0	15,2	63 (100%)	57,0	90,5	18 (100%)	0,0	0,0	18 (100%)	0,0	0,0	18 (100%)	5,0	27,8	183 (100%)	72,0	39,3
Resultado de cultura de escarro entregue em tempo oportuno.	66 (100%)	3,0	4,5	63 (100%)	36,0	57,1	18 (100%)	0,0	0,0	18 (100%)	3,0	16,7	18 (100%)	0,0	0,0	183 (100%)	42,0	22,9
Resultado de Raio-X entregue em tempo oportuno.	44 (100%)	2,0	4,5	42 (100%)	7,0	16,7	12 (100%)	9,0	75,0	12 (100%)	12,0	100,0	12 (100%)	9,0	75,0	122 (100%)	39,0	31,9
Resultado de teste de HIV realizado nos casos de tuberculose entregue em tempo oportuno.	66 (100%)	66,0	100,0	63 (100%)	63,0	100,0	18 (100%)	6,0	33,3	18 (100%)	18,0	100,0	18 (100%)	18,0	100,0	183 (100%)	171,0	93,4
Uso da ficha de referência e contrarreferência.	44 (100%)	0,0	0,0	42 (100%)	2,0	4,8	12 (100%)	0,0	0,0	12 (100%)	0,0	0,0	12 (100%)	0,0	0,0	122 (100%)	2,0	1,7
Σ	880 (100%)	455,0	51,7	840 (100%)	540,0	64,3	240 (100%)	50,0	20,8	240 (100%)	100,0	41,7	240 (100%)	119,0	49,6	2440 (100%)	1264,0	51,8
Educação em Saúde																		
Realização de atividades coletivas na USF sobre prevenção e controle da Tuberculose.	44 (100%)	18,0	40,9	42 (100%)	39,0	92,9	12 (100%)	7,0	58,3	12 (100%)	10,0	83,3	12 (100%)	5,0	41,7	122 (100%)	79,0	64,8
Realização de atividades educativas para controle da hanseníase, em parcerias com escolas, igrejas, associações e outros equipamentos sociais da comunidade.	44 (100%)	10,0	22,7	42 (100%)	32,0	76,2	12 (100%)	7,0	58,3	12 (100%)	8,0	66,7	12 (100%)	3,0	25,0	122 (100%)	60,0	49,2
Realização de reuniões sobre tuberculose entre a equipe de saúde, para a qualificação dos ACS no que se refere a sua abordagem nas visitas domiciliares.	44 (100%)	35,0	79,5	42 (100%)	41,0	97,6	12 (100%)	2,0	16,7	12 (100%)	8,0	66,7	12 (100%)	5,0	41,7	122 (100%)	91,0	74,6
Σ	132 (100%)	63,0	47,7	126 (100%)	112,0	88,9	36 (100%)	16,0	44,4	36 (100%)	26,0	72,2	36 (100%)	13,0	36,1	366 (100%)	230,0	62,8
Componente Processo Σ	1540 (100%)	709,0	46,0	1470 (100%)	869,0	59,1	420 (100%)	107,0	25,5	420 (100%)	171,0	40,7	420 (100%)	180,0	42,9	4270 (100%)	2036,0	47,7

PME = Pontuação Máxima Esperada; PO = Pontuação Observada; GI = Grau de Implantação; DG = Dimensão Global

Fonte: A Autora

Quadro 17 Matriz de Análise e Julgamento para estabelecer o Grau de Implantação das ações do **Programa de Controle da Tuberculose (PCT)** nas USF – **Componente Processo** – nos cinco municípios de Pernambuco selecionados para este estudo, **após a intervenção do Programa SANAR**, quadriênio 2015 – 2018.

Continua

INDICADOR	PME em Jaboatão	22 Equipes ESF		PME em Olinda	21 Equipes ESF		PME em Ipojuca	06 Equipes ESF		PME em Escada	06 Equipes ESF		PME em Goiana	06 Equipes ESF		PME - DG	PO	GI
		PO	GI		PO	GI		PO	GI		PO	GI						
Vigilância Epidemiológica																		
Prova Tuberculínica realizada no Município.	44 (100%)	40,0	90,9	42 (100%)	42,0	100,0	12 (100%)	10,0	83,3	12 (100%)	12,0	100,0	12 (100%)	12,0	100,0	122 (100%)	116,0	95,1
Tratamento da Infecção Latente pelo M. Tuberculosis (ILTb) realizado na USF.	44 (100%)	10,0	22,7	42 (100%)	22,0	52,4	12 (100%)	2,0	16,7	12 (100%)	0,0	0,0	12 (100%)	0,0	0,0	122 (100%)	34,0	27,9
Exame realizado na USF em sintomáticos respiratórios (SR).	132 (100%)	6,0	4,5	126 (100%)	14,0	11,1	36 (100%)	3,0	8,3	36 (100%)	0,0	0,0	36 (100%)	6,0	16,7	366 (100%)	29,0	7,9
Exame realizado nos contatos de casos de tuberculose entre os registrados na USF (≥70%).	44 (100%)	20,0	45,5	42 (100%)	24,0	57,1	12 (100%)	6,0	50,0	12 (100%)	10,0	83,3	12 (100%)	10,0	83,3	122 (100%)	70,0	57,4
Uso adequado da Ficha de Controle de Contatos de Casos de Tuberculose.	44 (100%)	6,0	13,6	42 (100%)	16,0	38,1	12 (100%)	2,0	16,7	12 (100%)	10,0	83,3	12 (100%)	4,0	33,3	122 (100%)	38,0	31,1
Preenchimento adequado dos livros: 1) Registro e Acompanhamento do Tratamento dos Casos de Tuberculose; 2) Registro dos Sintomáticos Respiratórios no Serviço de Saúde.	132 (100%)	69,0	52,3	126 (100%)	108,0	85,7	36 (100%)	12,0	33,3	36 (100%)	30,0	83,3	36 (100%)	21,0	58,3	366 (100%)	240,0	65,6
Atualização mensal do Boletim de Acompanhamento dos Casos de TB.	44 (100%)	22,0	50,0	42 (100%)	40,0	95,2	12 (100%)	8,0	66,7	12 (100%)	10,0	83,3	12 (100%)	6,0	50,0	122 (100%)	86,0	70,5
Utilização adequada da Ficha de Acompanhamento Diário do Tratamento Diretamente Observado (TDO).	44 (100%)	6,0	13,6	42 (100%)	14,0	33,3	12 (100%)	2,0	16,7	12 (100%)	8,0	66,7	12 (100%)	6,0	50,0	122 (100%)	36,0	29,5
Σ	528 (100%)	179,0	33,9	504 (100%)	280,0	55,6	144 (100%)	45,0	31,2	144 (100%)	80,0	55,6	144 (100%)	65,0	45,1	1464 (100%)	649,0	44,3
Assistência ao Paciente																		
Casos de TB confirmados bacteriologicamente.	88 (100%)	61,0	69,3	84 (100%)	53,0	63,1	24 (100%)	6,0	25,0	24 (100%)	12,0	50,0	24 (100%)	16,0	66,7	244 (100%)	148,0	60,7
Identificação dos critérios para solicitação de cultura: 1) Retratamento; 2) Baciloscopia positiva a partir do 2º mês de tratamento; 3) Casos HIV positivos; 4) Populações Especiais.	88 (100%)	54,0	61,4	84 (100%)	64,0	76,2	24 (100%)	9,0	37,5	24 (100%)	20,0	83,3	24 (100%)	24,0	100,0	244 (100%)	171,0	70,1
Realização de TDO pela USF com registro no Livro de Acompanhamento ou Sinan.	44 (100%)	6,0	13,6	42 (100%)	14,0	33,3	12 (100%)	4,0	33,3	12 (100%)	7,0	58,3	12 (100%)	8,0	66,7	122 (100%)	39,0	31,9

Quadro 17 Matriz de Análise e Julgamento para estabelecer o Grau de Implantação das ações do **Programa de Controle da Tuberculose (PCT)** nas USF – **Componente Processo** – nos cinco municípios de Pernambuco selecionados para este estudo, **após a intervenção do Programa SANAR**, quadriênio 2015 – 2018.

Continuação

Realização de TDO pela USF (informação verbal).	44 (100%)	6,0	13,6	42 (100%)	14,0	33,3	12 (100%)	2,0	16,7	12 (100%)	8,0	66,7	12 (100%)	5,0	41,7	122 (100%)	35,0	28,7
Casos de TB em tratamento que fizeram baciloscopia de acompanhamento mensal.	88 (100%)	44,0	50,0	84 (100%)	36,0	42,9	24 (100%)	8,0	33,3	24 (100%)	0,0	0,0	24 (100%)	18,0	75,0	244 (100%)	106,0	43,4
Testagem para o HIV realizada nos casos confirmados de TB.	88 (100%)	82,0	93,2	84 (100%)	52,0	61,9	24 (100%)	16,0	66,7	24 (100%)	24,0	100,0	24 (100%)	16,0	66,7	244 (100%)	190,0	77,9
Busca ativa de faltosos ao tratamento de TB através de visita domiciliar.	88 (100%)	72,0	81,8	84 (100%)	84,0	100,0	24 (100%)	24,0	100,0	24 (100%)	24,0	100,0	24 (100%)	20,0	83,3	244 (100%)	224,0	91,8
Fluxo de recolhimento de amostras de escarro para diagnóstico de TB na USF.	66 (100%)	57,0	86,4	63 (100%)	60,0	95,2	18 (100%)	6,0	33,3	18 (100%)	6,0	33,3	18 (100%)	18,0	100,0	183 (100%)	147,0	80,3
Resultado de baciloscopia de escarro entregue em tempo oportuno.	66 (100%)	16,0	24,2	63 (100%)	56,0	88,9	18 (100%)	2,0	11,1	18 (100%)	7,0	38,9	18 (100%)	12,0	66,7	183 (100%)	93,0	50,8
Resultado de cultura de escarro entregue em tempo oportuno.	66 (100%)	8,0	12,1	63 (100%)	17,0	27,0	18 (100%)	0,0	0,0	18 (100%)	0,0	0,0	18 (100%)	3,0	16,7	183 (100%)	28,0	15,3
Resultado de Raio-X entregue em tempo oportuno.	44 (100%)	10,0	22,7	42 (100%)	16,0	38,1	12 (100%)	12,0	100,0	12 (100%)	12,0	100,0	12 (100%)	10,0	83,3	122 (100%)	60,0	49,2
Resultado de teste de HIV realizado nos casos de tuberculose entregue em tempo oportuno.	66 (100%)	63,0	95,5	63 (100%)	60,0	95,2	18 (100%)	18,0	100,0	18 (100%)	18,0	100,0	18 (100%)	18,0	100,0	183 (100%)	177,0	96,7
Uso da ficha de referência e contrarreferência.	44 (100%)	0,0	0,0	42 (100%)	16,0	38,1	12 (100%)	0,0	0,0	12 (100%)	0,0	0,0	12 (100%)	2,0	16,7	122 (100%)	18,0	14,7
Σ	880 (100%)	479,0	54,4	840 (100%)	542,0	64,5	240 (100%)	107,0	44,6	240 (100%)	138,0	57,5	240 (100%)	170,0	70,8	2440 (100%)	1436,0	58,8
Educação em Saúde																		
Realização de atividades coletivas na USF sobre prevenção e controle da Tuberculose.	44 (100%)	27,0	61,4	42 (100%)	38,0	90,5	12 (100%)	6,0	50,0	12 (100%)	9,0	75,0	12 (100%)	6,0	50,0	122 (100%)	86,0	70,5
Realização de atividades educativas para controle da hanseníase, em parcerias com escolas, igrejas, associações e outros equipamentos sociais da comunidade.	44 (100%)	17,0	38,6	42 (100%)	26,0	61,9	12 (100%)	3,0	25,0	12 (100%)	7,0	58,3	12 (100%)	4,0	33,3	122 (100%)	57,0	46,7
Realização de reuniões sobre tuberculose entre a equipe de saúde, para a qualificação dos ACS no que se refere a sua abordagem nas visitas domiciliares.	44 (100%)	21,0	47,7	42 (100%)	42,0	100,0	12 (100%)	6,0	50,0	12 (100%)	12,0	100,0	12 (100%)	7,0	58,3	122 (100%)	88,0	72,1
Σ	132 (100%)	65,0	49,2	126 (100%)	106,0	84,1	36 (100%)	15,0	41,7	36 (100%)	28,0	77,8	36 (100%)	17,0	47,2	366 (100%)	231,0	63,1
Componente Processo Σ	1540 (100%)	723,0	46,9	1470 (100%)	928,0	63,1	420 (100%)	167,0	39,8	420 (100%)	246,0	58,8	420 (100%)	252,0	60,0	4270 (100%)	2316,0	54,2

Fonte: A Autora

PME = Pontuação Máxima Esperada; PO = Pontuação Observada; GI = Grau de Implantação; DG = Dimensão Global.

5.1.2.4 Componente Processo Antes e Após o Programa SANAR

Tem-se no Quadro 18, a Matriz Comparativa da Análise e Julgamento, Componente Processo, que permite observar a variação proporcional do Grau de Implantação do Programa de Controle da Tuberculose (PCT), antes e após a intervenção do Programa SANAR nas USF dos cinco municípios de Pernambuco estudados, por subcomponente do Processo em cada município (dimensão unitária “DU”) e na dimensão global (DG).

Quadro 18 Matriz Comparativa da Análise e Julgamento do Grau de Implantação das ações do **Programa de Controle da Tuberculose (PCT)** nas USF, antes e após a intervenção do Programa SANAR, quadriênio 2015 – 2018 – **Componente Processo** –, nos cinco municípios de Pernambuco selecionados para este estudo.

Componente Processo	PME (100%)	Antes do Programa SANAR		Após o Programa SANAR		Variação proporcional observada (%)
		PO	GI (%)	PO	GI (%)	
Vigilância Epidemiológica						
Jaboatão dos Guararapes	528	191,0	36,2	179,0	33,9	-2,3
Olinda	504	217,0	43,1	280,0	55,6	12,5
Ipojuca	144	41,0	28,5	45,0	31,2	2,7
Escada	144	45,0	31,3	80,0	55,6	24,3
Goiana	144	48,0	33,3	65,0	45,1	11,8
Σ	1464	542,0	37,0	649,0	44,3	7,3
Assistência ao Paciente						
Jaboatão dos Guararapes	880	455,0	51,7	479,0	54,4	2,7
Olinda	840	540,0	64,3	542,0	64,5	0,2
Ipojuca	240	50,0	20,8	107,0	44,6	23,8
Escada	240	100,0	41,7	138,0	57,5	15,8
Goiana	240	119,0	49,6	170,0	70,8	21,2
Σ	2440	1264,0	51,8	1436,0	58,8	7,0
Educação em Saúde						
Jaboatão dos Guararapes	132	63,0	47,7	65,0	49,2	1,5
Olinda	126	112,0	88,9	106,0	84,1	-4,8
Ipojuca	36	16,0	44,4	15,0	41,7	-2,7
Escada	36	26,0	72,2	28,0	77,8	5,6
Goiana	36	13,0	36,1	17,0	47,2	11,1
Σ	366	230,0	62,8	231,0	63,1	0,3
Dimensão Global						
Jaboatão dos Guararapes	1540	709,0	46,0	723,0	46,9	0,9
Olinda	1470	869,0	59,1	928,0	63,1	4,0
Ipojuca	420	107,0	25,5	167,0	39,8	14,3
Escada	420	171,0	40,7	246,0	58,8	18,1
Goiana	420	180,0	42,9	252,0	60,0	17,1
Σ	4270	2036,0	47,7	2316,0	54,2	6,5

Fonte: A Autora

Observando o Componente Processo em sua DG, por município avaliado, pode-se observar que antes da intervenção do Programa SANAR as ações do PCT encontravam-se, em quatro dos cinco municípios avaliados, no grau de “Implantação

Insatisfatória” – Jabotão dos Guararapes com 46,0% da PME; Olinda com 59,1% da PME; Escada com 40,7% da PME; e Goiana com 42,9% da PME –. Em Ipojuca, se encontrava na condição de “Implantação Incipiente” com 25,5% da PME. Após a intervenção do Programa SANAR, as ações do PCT ascenderam para o grau de implantação “Parcialmente Implantado” em Olinda (com 63,1% da PME) e Goiana (com 60,0% da PME); e foram mantidas no grau de implantação inicial nos demais municípios avaliados – “Implantação Insatisfatória” em Escada (com 58,8% da PME) e Jabotão dos Guararapes (com 46,9% da PME); e no grau de “Implantação Incipiente” em Ipojuca (com 39,8% da PME).

Apreciando-se a “variação proporcional observada” antes e após a intervenção do Programa SANAR, percebe-se que: **(i) Jabotão dos Guararapes** foi onde se detectou variação proporcional “negativa” no subcomponente “Vigilância Epidemiológica” (-2,3%). E, nos subcomponentes “Assistência ao Paciente” e “Educação em Saúde”, embora a variação proporcional tenha sido “positiva” foi discreta, sendo, respectivamente, a segunda menor (2,7%) e a terceira menor (1,5%) dentre os cinco municípios avaliados. Como pode ser observado, na DG das ações do PCT esse município foi o que obteve com a intervenção do Programa SANAR a menor variação proporcional “positiva” (0,9%), permanecendo no grau de “Implantação Insatisfatória”. **(ii)** no município de **Olinda** se constatou variação proporcional “negativa” no subcomponente “Educação em Saúde” (-4,8%); baixa variação proporcional “positiva” no subcomponente “Assistência ao Paciente” (0,2%); e variação proporcional “positiva” de 12,5% no subcomponente “Vigilância Epidemiológica”. Na DG das ações do PCT, Olinda foi dentre os cinco municípios avaliados, onde ocorreu após a intervenção do Programa SANAR a segunda menor variação proporcional “positiva” (4,0%). Contudo, Olinda conforme dito no parágrafo anterior, passou do grau de “Implantação Insatisfatória” para “Parcialmente Implantada”. **(iii) Ipojuca** foi onde o subcomponente “Assistência ao Paciente” obteve a maior variação proporcional “positiva” (23,8%). No subcomponente “Vigilância Epidemiológica” esse município obteve baixa variação proporcional “positiva” (2,7%); e no subcomponente “Educação em Saúde” foi observada variação proporcional “negativa” (-2,7%). Na DG das ações do PCT esse município foi o que obteve com a intervenção do Programa SANAR a terceira maior variação proporcional “positiva” (14,3%). **(iv) Escada** foi onde o subcomponente “Vigilância Epidemiológica” obteve a maior variação proporcional “positiva” (24,3%). O

subcomponente “Assistência ao Paciente” obteve a terceira maior variação proporcional “positiva” (15,8%); e o subcomponente “Educação em Saúde” a segunda maior variação proporcional “positiva” (5,6%). Na DG das ações do PCT esse município foi o que obteve com a intervenção do Programa SANAR a maior variação proporcional “positiva” (18,1%). **(v) Goiana** foi onde ocorreu no subcomponente “Educação em Saúde” a maior variação proporcional “positiva” (11,1%); no subcomponente “Assistência ao Paciente” a segunda maior variação proporcional “positiva” (21,2%); e no subcomponente “Vigilância Epidemiológica” a terceira maior variação proporcional “positiva” (11,8%). Na DG das ações do PCT esse município foi o que obteve com a intervenção do Programa SANAR a segunda maior variação proporcional “positiva” (17,1%), passando do grau de “Implantação Incipiente” para “Parcialmente Implantada”.

5.1.3 PCT – Componentes da Avaliação Após o Programa SANAR

No Quadro 19 a seguir, encontra-se a Matriz Final de Análise e Julgamento do Grau de Implantação das ações do Programa de Controle da Tuberculose nas USF dos cinco municípios de Pernambuco avaliados. Permite, numa visão panorâmica, observar os Componentes/Subcomponentes desta avaliação, identificando as potencialidades e fragilidades por município participante.

Após a intervenção do Programa SANAR o grau de implantação do PCT encontrava-se “Parcialmente Implantado” em três dos cinco municípios avaliados (Olinda, Escada e Goiana); e na condição de “Implantação Insatisfatória” em Jaboatão dos Guararapes e Ipojuca. Pode-se também observar que o componente “Processo” é o de maior fragilidade em todos os municípios estudados. Os subcomponentes com menor grau de implantação (Implantação Insatisfatória), merecendo, portanto, maior atenção e vigilância são: no componente Estrutura a indisponibilidade de “materiais instrucionais considerados indispensáveis pelo PCT”; e no componente Processo as ações da Vigilância Epidemiológica e da Assistência ao Paciente.

Quadro 19. Matriz Final de Análise e Julgamento do Grau de Implantação das ações do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) nas USF, de cinco municípios de Pernambuco participantes da intervenção do Programa SANAR, quadriênio 2015 – 2018.

Componentes da Avaliação	Jaboatão dos Guararapes		Olinda		Ipojuca		Escada		Goiana		Dimensão Global		Grau de Implantação
	PME (100%)	PO (%)	PME (100%)	PO (%)	PME (100%)	PO (%)	PME (100%)	PO (%)	PME (100%)	PO (%)	PME (100%)	PO (%)	
Apreciação da Estrutura													
Recursos Humanos	88	78 (88,6)	84	74 (88,1)	24	18 (75,0)	24	22,5 (93,7)	24	19 (79,2)	244	211,5 (86,7)	Implantado
Impressos	132	90 (68,2)	126	122 (96,8)	36	25 (69,4)	36	33 (91,7)	36	33 (91,7)	366	303 (82,8)	Implantado
Materiais para Assistência ao Paciente	396	313 (79,0)	378	332 (87,8)	108	81 (75,0)	108	88 (81,5)	108	79 (73,1)	1.098	893 (81,3)	Implantado
Materiais Instrucionais	44	6 (13,6)	42	25 (59,5)	12	5,5 (45,8)	12	9 (75,0)	12	9,5 (79,2)	122	55 (45,1)	Implantação insatisfatória
Componente Estrutura	660	487 (73,8)	630	553 (87,8)	180	129,5 (71,9)	180	152,5 (84,7)	180	140,5 (78,1)	1.830	1.462,5 (79,9)	Parcialmente implantado
Avaliação Processo													
Vigilância Epidemiológica	528	179 (33,9)	504	280 (55,6)	144	45 (31,2)	144	80 (55,6)	144	65 (45,1)	1.464	649 (44,3)	Implantação insatisfatória
Assistência ao Paciente	880	479 (54,4)	840	542 (64,5)	240	107 (44,6)	240	138 (57,5)	240	170 (70,8)	2.440	1.436 (58,8)	Implantação insatisfatória
Educação em Saúde	132	65 (49,2)	126	106 (84,1)	36	15 (41,7)	36	28 (77,8)	36	17 (47,2)	366	231 (63,1)	Parcialmente implantado
Componente Processo	1.540	723 (46,9)	1.470	928 (63,1)	420	167 (39,8)	420	246 (58,8)	420	252 (60,0)	4.270	2.316 (54,2)	Implantação insatisfatória
Dimensão Global	2.200	1.210 (55,0)	2.100	1.481 (70,5)	600	296,5 (49,4)	600	398,5 (66,4)	600	392,5 (65,4)	6.100	3.778,5 (61,9)	Parcialmente implantado
Grau de Implantação	Implantação insatisfatória		Parcialmente implantado		Implantação insatisfatória		Parcialmente implantado		Parcialmente implantado		Parcialmente implantado		

Legenda: PME = Pontuação Máxima Esperada; PO = Pontuação Observada.

Fonte: Autora

5.2 Hanseníase

5.2.1 Componente Estrutura

O Grau de Implantação das ações do Programa de Controle da Hanseníase (PCH), Componente Estrutura, nas USF dos cinco municípios de Pernambuco selecionados para este estudo, está demonstrado nos Quadros 20 e 21 (Matriz de Análise e Julgamento – Componente Estrutura), respectivamente, antes e após a intervenção do Programa SANAR quadriênio 2015 – 2018.

Considerou-se para a análise e julgamento do Componente Estrutura 11 indicadores, sendo dois no subcomponente “Recursos Humanos”, um no subcomponente “Impressos”, sete no subcomponente “Materiais para Assistência ao Paciente” e um no subcomponente “Materiais Instrucionais”.

5.2.1.1 Subcomponente Recursos Humanos

Pode-se observar, com relação à “disponibilidade de profissionais na USF para atuar no PCH (mínimo de quatro profissionais, sendo um médico, um enfermeiro, um técnico ou auxiliar de enfermagem e um ACS)”, que tanto na Dimensão Global (DG) quanto na Dimensão dos municípios selecionados, esse indicador foi considerado “Implantado”, com 95,4% da Pontuação Máxima Esperada (PME) antes do SANAR e 98,1% da PME após o SANAR.

Com relação à “disponibilidade de ACS para as ações do PCH (mínimo de um ACS por microárea)” foi constatada a existência de microáreas descobertas, com agravação dessa situação durante o período de intervenção do Programa SANAR, em três dos municípios estudados (Jaboatão dos Guararapes, Olinda e Ipojuca) – em Ipojuca houve queda na pontuação anteriormente observada de 27,7% (de 75,0% para 54,2% da PME), retornando a condição de “Implantação Insatisfatória”; em Jaboatão dos Guararapes e Olinda a queda observada, respectivamente de 8,9% (de 87,5% para 79,7% da PME) e 3,4% (de 80,3% para 77,6% da PME), provocou a volta do referido indicador a condição “Parcialmente Implantada” –. No município de Escada houve melhora deste indicador (de 79,2% para 91,7% da

PME), alcançando a condição de “Implantado”. Em Goiana não houve variação, permanecendo na condição de “Implantação Insatisfatória”, com 50,0% da PME.

5.2.1.2 Subcomponente Impressos

Com relação a “existência na USF dos seis impressos considerados básicos para as ações do PCH – Ficha de Notificação/Investigação de Hanseníase; Livro de Registro de Pacientes e Acompanhamento do Tratamento dos Casos de Hanseníase; Ficha de Avaliação Neurológica Simplificada; Impresso de Controle de Contatos; Protocolo Complementar de Investigação Diagnóstica em menores de 15 anos e Ficha de referência e contrarreferência – “, houve melhora da situação em todos os municípios avaliados. No município de Goiana logrou a PME. Em Olinda e Ipojuca este indicador também obteve a classificação “Implantado”, respectivamente, com 90,4% e 80,6% da PME. Em Jaboatão dos Guararapes obteve a condição “Parcialmente Implantada” (de 43,8% para 67,7% da PME) e em Escada a condição de “Implantação Insatisfatória” (de 36,1% para 55,6% da PME).

5.2.1.3 Subcomponente Materiais para Assistência ao Paciente

Quanto à existência de “materiais para assistência ao paciente”, seis indicadores foram utilizados, e a situação observada foi conforme o que se segue: **(1)** “Disponibilidade de BCG no Município”. Após o SANAR houve aumento na disponibilidade desse insumo em Jaboatão dos Guararapes e Olinda, e com isso, esse indicador finalizou o quadriênio 2015-2018 com a PME em todos os municípios avaliados. **(2)** “Disponibilização de Poliquimioterapia aos pacientes (esquema básico para hanseníase), em tempo oportuno (até 07 dias)”. Pode-se observar que, antes da intervenção do Programa SANAR quatro dos cinco municípios avaliados já possuíam condição de “Implantação” (Jaboatão dos Guararapes com 95,8% da PME; Olinda com 93,0% da PME; Escada com 94,4% da PME; e Goiana com a PME). Após a intervenção do SANAR, a pontuação inicial foi mantida em Olinda, Escada e Goiana. Em Jaboatão dos Guararapes houve redução de 13,0% na pontuação inicialmente observada, mantendo-se, todavia, na condição “Implantada” com 83,3% da PME. Em Ipojuca apresentou melhora de 28,5% saindo da condição

“Parcialmente Implantada” (com 77,8% da PME) para “Implantada” com a PME. **(3)** “Disponibilização de Medicamentos para Reação Hansênica aos pacientes com essa condição, em tempo oportuno (até 07 dias)”. Este estudo evidenciou que a observância dessa diretriz melhorou em dois dos cinco municípios avaliados – em Olinda aumento de 18,3% (de 47,4% para 56,1% da PME), mantendo-se no grau de “Implantação Insatisfatório”; e em Escada aumento de 350,0% (de 11,1% para 50,0% da PME), saindo da condição de “Implantação Insipiente” para “Implantação Insatisfatória” –. Houve piora em dois municípios – em Jaboatão dos Guararapes que caiu da condição de “Implantação Incipiente” (com 12,5% da PME) para a condição “Não Implantada”; e em Goiana que, apesar da redução (de 28,6% para 14,3% da PME), manteve-se na condição “Incipiente” –. Em Ipojuca não houve alteração – condição “Incipiente” com 33,3% da PME –. **(4)** “Disponibilização de Material para Diagnóstico da Hanseníase – Kit para Teste de Sensibilidade e Kit para Teste de Prevenção de Incapacidade”. Antes do Programa SANAR este indicador encontrava-se na condição de “Implantação Insatisfatória” em Olinda (com 52,6% da PME); na condição de “Implantação Incipiente” em Jaboatão dos Guararapes (com 21,9% da PME), Ipojuca (com 16,7% da PME) e Goiana (com 7,1% da PME); e na condição “Não Implantada” em Escada. Após o SANAR houve melhora desse indicador em todos os municípios do estudo. Olinda progrediu para a condição “Parcialmente Implantada” com 78,9% das USF informando ter disponível Kit para Teste de Sensibilidade e para Teste de Prevenção de Incapacidade; e nos outros municípios se manteve na condição de “Implantação Incipiente”, com 37,5% da PME em Jaboatão dos Guararapes; 25,0% da PME em Ipojuca; 8,3% da PME em Escada; e 14,3% da PME em Goiana. **(5)** “Disponibilização de Material para Autocuidado – Colírio Lubrificante / Pedra Pome ou Lixa / Óleo Mineral ou Hidratante de Uréia”. Após o Programa SANAR esta diretriz melhorou nos três municípios com a condição “Não Implantada” (Ipojuca, Escada e Goiana), ocorrendo melhora expressiva nos dois últimos – Escada alcança a condição “Implantada” com a PME; e Goiana a condição “Parcialmente Implantada” com 71,4% da PME –. Em Ipojuca progride para o grau de “Implantação Incipiente” com 27,8% da PME. Houve piora nos dois outros municípios – em Jaboatão dos Guararapes permaneceu no grau de “Implantação Insatisfatória” (de 43,8% cai para 41,7% da PME); e em Olinda da condição de “Implantação Insatisfatória” retorna a condição de “Implantação Incipiente” (de 57,9% cai para 38,6% da PME). **(6)** “Existência de Referência

Secundária formalmente estabelecida para encaminhamento dos casos de hanseníase do município, quando necessário”. Conforme pode ser observado, antes do Programa SANAR essa diretriz encontrava-se “Implantada” em todos os municípios, não possuindo referência estabelecida em 100,0% das USF apenas em Jaboatão dos Guararapes. Após a intervenção do SANAR Jaboatão dos Guararapes passou a ter todas as USF com referência formalizada para encaminhamento dos casos; e o município de Escada perdeu essa condição passando para “Parcialmente Implantada” com 75,0% das USF referindo possuir Referência Secundária estabelecida. **(7)** “Existência de Serviço de Reabilitação Física no Município” para portadores de hanseníase. Antes do Programa SANAR a observância dessa diretriz estava “Implantada” em três dos cinco municípios estudados – em Ipojuca e Goiana com 100,0% das USF referindo possuir o referido serviço; e em Escada com 88,9% das USF fazendo essa afirmação –. Em Olinda encontrava-se “Parcialmente Implantada” com 73,7% das USF referindo possuir o mencionado serviço; e em Jaboatão dos Guararapes encontrava-se na condição de “Implantação Insatisfatória” com 56,2% das USF referindo disponibilidade do referido serviço no município. Após a intervenção do Programa SANAR, em Ipojuca a condição inicial foi mantida; em Goiana houve uma redução de 14,3% das USF que afirmaram possuir o mencionado serviço de reabilitação física no município, mantendo a condição de “Implantação” com 85,7% das USF fazendo essa afirmação. Em Escada houve um aumento de 12,5% de USF, finalizando o quadriênio estudado com todas as USF avaliadas afirmando possuir esse serviço no município; em Olinda houve um aumento de 28,5%, passando a condição de “Implantação” com 94,7% das USF afirmando possuir o referido serviço no município; e em Jaboatão dos Guararapes houve redução de 33,3%, regredindo para a condição de “Implantação Incipiente” com 37,5% das USF dizendo possuir a disposição no município o referido serviço.

5.2.1.4 Subcomponente Materiais Instrucionais

Os materiais instrucionais sobre diagnóstico e vigilância da hanseníase considerados indispensáveis, devendo, portanto, estarem disponíveis nas USF participantes do PCH são: **(1)** Diretrizes para Vigilância, Atenção e Eliminação da Hanseníase enquanto problema de saúde pública – 2016; **(2)** Nota Técnica Estadual

006/2011 – Rede Secundária; **(3)** Nota Técnica Estadual 001/2012 – Rede Secundária; e **(4)** Nota Técnica Estadual 005/2012 – Rede Terciária. Como pode ser observado, com relação a esse indicador, este estudo evidenciou que antes da intervenção do Programa SANAR quatro dos municípios avaliados obtiveram grau de “Implantação Incipiente” – Jabotão dos Guararapes com 4,7% da PME; Olinda com 6,6% da PME; Ipojuca com 16,7% da PME; e Goiana com 25,0% da PME –. Em Escada, os referidos materiais instrucionais não estavam disponíveis em nenhuma USF avaliada. Após a intervenção do Programa SANAR todos os municípios apresentaram aumento de USF que afirmaram ter disponíveis os mencionados materiais instrucionais. Todavia, Jabotão dos Guararapes, Olinda e Ipojuca permaneceram na condição de “Implantação Incipiente”, com respectivamente, 10,9%; 36,8% e 25,0% das USF referindo ter a disposição os referidos materiais instrucionais. Nos municípios de Escada e Goiana a melhora foi acentuada – Escada progrediu para a condição “Parcialmente Implantada”, com 75,0% das USF referindo ter os materiais instrucionais mencionados; e Goiana migra para a condição “Implantada”, com 89,3% da PME –.

Quadro 20. Matriz de Análise e Julgamento para estabelecer o Grau de Implantação das ações do **Programa de Controle da Hanseníase (PCH)** nas USF – **Componente Estrutura** – nos cinco municípios de Pernambuco selecionados para este estudo, **antes da intervenção do Programa SANAR**, quadriênio 2015 – 2018.

Continua

INDICADOR	PME em Jaboatão	16 Equipes ESF		PME em Olinda	19 Equipes ESF		PME em Ipojuca	06 Equipes ESF		PME em Escada	06 Equipes ESF		PME em Goiana	07 Equipes ESF		PME - DG	PO	GI
		PO	GI		PO	GI		PO	GI		PO	GI						
Recursos Humanos																		
Nº de profissionais na USF para PCH	32,0 (100%)	31,5	98,4	38,0 (100%)	33,5	88,2	12,0 (100%)	12,0	100,0	12,0 (100%)	12,0	100,0	14,0 (100%)	14,0	100,0	108,0 (100%)	103,0	95,4
Nº de ACS para PCH	32,0 (100%)	28,0	87,5	38,0 (100%)	30,5	80,3	12,0 (100%)	9,0	75,0	12,0 (100%)	9,5	79,2	14,0 (100%)	7,0	50,0	108,0 (100%)	84,0	77,8
Σ	64 (100%)	59,5	92,9	76,0 (100%)	64,0	84,2	24,0 (100%)	21,0	87,5	24,0 (100%)	21,5	89,2	28,0 (100%)	21,0	75,0	216,0 (100%)	187,0	86,6
Impressos																		
1) Ficha de Notificação/ Investigação de Hanseníase; 2) Livro de Registro e Controle de Tratamento dos Casos de Hanseníase; 3) Ficha de Avaliação Neurológica Simplificada; 4) Impresso de Controle de Contatos; 5) Protocolo Complementar de Investigação Diagnóstica de Casos de Hanseníase em menores de 15 anos; 6) Ficha de referência e contrarreferência	96,0 (100%)	42,0	43,8	114,0 (100%)	98,0	86,0	36,0 (100%)	18,0	50,0	36,0 (100%)	13,0	36,1	42,0 (100%)	28,0	66,7	324,0 (100%)	199,0	61,4
Σ	96,0 (100%)	42,0	43,8	114,0 (100%)	98,0	86,0	36,0 (100%)	18,0	50,0	36,0 (100%)	13,0	36,1	42,0 (100%)	28,0	66,7	324,0 (100%)	199,0	61,4
Materiais para Assistência ao paciente																		
BCG no Município.	32,0 (100%)	28,0	87,5	38,0 (100%)	36,0	94,7	12,0 (100%)	12,0	100,0	12,0 (100%)	12,0	100,0	14,0 (100%)	14,0	100,0	108,0 (100%)	102,0	94,4
Poliquimioterapia (esquema básico para Hanseníase) disponibilizada aos pacientes em tempo oportuno.	48,0 (100%)	46,0	95,8	57,0 (100%)	53,0	93,0	18,0 (100%)	14,0	77,8	18,0 (100%)	17,0	94,4	21,0 (100%)	21,0	100,0	162,0 (100%)	151,0	93,2
Medicamentos para Reação hansênica em tempo oportuno.	48,0 (100%)	6,0	12,5	57,0 (100%)	27,0	47,4	18,0 (100%)	6,0	33,3	18,0 (100%)	2,0	11,1	21,0 (100%)	6,0	28,6	162,0 (100%)	47,0	29,0
Material para diagnóstico da hanseníase: 1) Kit para teste de sensibilidade; 2) Kit para teste de prevenção de incapacidade.	80,0 (100%)	17,5	21,9	95,0 (100%)	50,0	52,6	30,0 (100%)	5,0	16,7	30,0 (100%)	0,0	0,0	35,0 (100%)	2,5	7,1	270,0 (100%)	75,0	27,8
Material para autocuidado: 1) Colírio lubrificante; 2) Pedra pome ou lixa; 3) Óleo mineral ou hidratante de ureia.	48,0 (100%)	21,0	43,8	57,0 (100%)	33,0	57,9	18,0 (100%)	0,0	0,0	18,0 (100%)	0,0	0,0	21,0 (100%)	0,0	0,0	162,0 (100%)	54,0	33,3

Quadro 20. Matriz de Análise e Julgamento para estabelecer o Grau de Implantação das ações do **Programa de Controle da Hanseníase (PCH)** nas USF – **Componente Estrutura** – nos cinco municípios de Pernambuco selecionados para este estudo, **antes da intervenção do Programa SANAR**, quadriênio 2015 – 2018.

Continuação

Referência Secundária formalmente estabelecida para o Município.	32,0 (100%)	28,0	87,5	38,0 (100%)	38,0	100,0	12,0 (100%)	12,0	100,0	12,0 (100%)	12,0	100,0	14,0 (100%)	14,0	100,0	108,0 (100%)	104,0	96,3
Existência de Serviço de Reabilitação Física no Município.	48,0 (100%)	27,0	56,2	57,0 (100%)	42,0	73,7	18,0 (100%)	18,0	100,0	18,0 (100%)	16,0	88,9	21,0 (100%)	21,0	100,0	162,0 (100%)	139,0	85,8
Σ	336,0 (100%)	173,5	51,6	399,0 (100%)	279,0	69,9	126,0 (100%)	67,0	53,2	126,0 (100%)	59,0	46,8	147,0 (100%)	78,5	53,4	1.134,0 (100%)	672,0	59,3
Materiais Instrucionais																		
Portarias, normas técnicas e manuais sobre diagnóstico, controle, tratamento e vigilância da hanseníase: 1) Diretrizes para Vigilância, Atenção e Eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública – 2016; 2) Nota Técnica Estadual 006/2011 - Rede Secundária; 3) Nota Técnica Estadual 001/2012 - Rede Secundária; 4) Nota Técnica Estadual 05/2012 - Rede Terciária.	32,0 (100%)	1,5	4,7	38 (100%)	2,5	6,6	12,0 (100%)	2,0	16,7	12,0 (100%)	0,0	0,0	14,0 (100%)	3,5	25,0	108,0 (100%)	9,5	8,8
Σ	32,0 (100%)	1,5	4,7	38 (100%)	2,5	6,6	12,0 (100%)	2,0	16,7	12,0 (100%)	0,0	0,0	14,0 (100%)	3,5	25,0	108,0 (100%)	9,5	8,8
Componente Estrutura Σ	528,0 (100%)	276,5	52,4	627 (100%)	443,5	70,7	198,0 (100%)	108,0	54,5	198,0 (100%)	93,5	47,2	231,0 (100%)	131,0	56,7	1.782,0 (100%)	1.067,5	59,9

PME = Pontuação Máxima Esperada; PO = Pontuação Observada; GI = Grau de Implantação; DG = Dimensão Global.

Fonte: A Autora

Quadro 21. Matriz de Análise e Julgamento para estabelecer o Grau de Implantação das ações do **Programa de Controle da Hanseníase (PCH)** nas USF – **Componente Estrutura** – nos cinco municípios de Pernambuco selecionados para este estudo, **após a intervenção do Programa SANAR**, quadriênio 2015 – 2018.

Continua

INDICADOR	PME em Jaboatão	16 Equipes ESF		PME em Olinda	19 Equipes ESF		PME em Ipojuca	06 Equipes ESF		PME em Escada	06 Equipes ESF		PME em Goiana	07 Equipes ESF		PME - DG	PO	GI
		PO	GI		PO	GI		PO	GI		PO	GI						
Recursos Humanos																		
Nº de profissionais na USF para PCH	32,0 (100%)	30,5	95,3	38,0 (100%)	38,0	100,0	12,0 (100%)	12,0	100,0	12,0 (100%)	12,0	100,0	14,0 (100%)	13,5	96,4	108,0 (100%)	106,0	98,1
Nº de ACS para PCH	32,0 (100%)	25,5	79,7	38,0 (100%)	29,5	77,6	12,0 (100%)	6,5	54,2	12,0 (100%)	11,0	91,7	14,0 (100%)	7,0	50,0	108,0 (100%)	79,5	73,6
Σ	64,0 (100%)	56,0	87,5	76,0 (100%)	67,5	88,8	24,0 (100%)	18,5	77,1	24,0 (100%)	23,0	95,8	28,0 (100%)	20,5	73,2	216,0 (100%)	185,5	85,9
Impressos																		
1) Ficha de Notificação/ Investigação de Hanseníase; 2) Livro de Registro e Controle de Tratamento dos Casos de Hanseníase; 3) Ficha de Avaliação Neurológica Simplificada; 4) Impresso de Controle de Contatos; 5) Protocolo Complementar de Investigação Diagnóstica de Casos de Hanseníase em menores de 15 anos; 6) Ficha de referência e contrarreferência	96,0 (100%)	65,0	67,7	114,0 (100%)	103,0	90,4	36,0 (100%)	29,0	80,6	36,0 (100%)	20,0	55,6	42,0 (100%)	42,0	100,0	324,0 (100%)	259,0	79,9
Σ	96,0 (100%)	65,0	67,7	114,0 (100%)	103,0	90,4	36,0 (100%)	29,0	80,6	36,0 (100%)	20,0	55,6	42,0 (100%)	42,0	100,0	324,0 (100%)	259,0	79,9
Materiais para Assistência ao paciente																		
BCG no Município.	32,0 (100%)	32,0	100,0	38,0 (100%)	38,0	100,0	12,0 (100%)	12,0	100,0	12,0 (100%)	12,0	100,0	14,0 (100%)	14,0	100,0	108,0 (100%)	108,0	100,0
Poliquimioterapia (esquema básico para Hanseníase) disponibilizada aos pacientes em tempo oportuno.	48,0 (100%)	40,0	83,3	57,0 (100%)	53,0	93,0	18,0 (100%)	18,0	100,0	18,0 (100%)	17,0	94,4	21,0 (100%)	21,0	100,0	162,0 (100%)	149,0	91,9
Medicamentos para Reação hansênica em tempo oportuno.	48,0 (100%)	0,0	0,0	57,0 (100%)	32,0	56,1	18,0 (100%)	6,0	33,3	18,0 (100%)	9,0	50,0	21,0 (100%)	3,0	14,3	162,0 (100%)	50,0	30,9
Material para diagnóstico da hanseníase: 1) Kit para teste de sensibilidade; 2) Kit para teste de prevenção de incapacidade.	80,0 (100%)	30,0	37,5	95,0 (100%)	75,0	78,9	30,0 (100%)	7,5	25,0	30,0 (100%)	2,5	8,3	35,0 (100%)	5,3	14,3	270,0 (100%)	120,3	44,6
Material para autocuidado: 1) Colírio lubrificante; 2) Pedra pome ou lixa; 3) Óleo mineral ou hidratante de ureia.	48,0 (100%)	20,0	41,7	57,0 (100%)	22,0	38,6	18,0 (100%)	5,0	27,8	18,0 (100%)	18,0	100,0	21,0 (100%)	15,0	71,4	162,0 (100%)	80,0	49,4

Quadro 21. Matriz de Análise e Julgamento para estabelecer o Grau de Implantação das ações do **Programa de Controle da Hanseníase (PCH)** nas USF – **Componente Estrutura** – nos cinco municípios de Pernambuco selecionados para este estudo, **após a intervenção do Programa SANAR**, quadriênio 2015 – 2018.

Continuação

Referência Secundária formalmente estabelecida para o Município.	32,0 (100%)	32,0	100,0	38,0 (100%)	38,0	100,0	12,0 (100%)	12,0	100,0	12,0 (100%)	9,0	75,0	14,0 (100%)	14,0	100,0	108,0 (100%)	105,0	97,2
Existência de Serviço de Reabilitação Física no Município.	48,0 (100%)	18,0	37,5	57,0 (100%)	54,0	94,7	18,0 (100%)	18,0	100,0	18,0 (100%)	18,0	100,0	21,0 (100%)	18,0	85,7	162,0 (100%)	126,0	77,8
Σ	336,0 (100%)	172,0	51,2	399,0 (100%)	312,0	78,2	126,0 (100%)	78,5	62,3	126,0 (100%)	85,5	67,9	147,0 (100%)	90,3	61,4	1.134,0 (100%)	738,3	65,1
Materiais Instrucionais																		
Portarias, normas técnicas e manuais sobre diagnóstico, controle, tratamento e vigilância da hanseníase: 1) Diretrizes para Vigilância, Atenção e Eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública – 2016; 2) Nota Técnica Estadual 006/2011 - Rede Secundária; 3) Nota Técnica Estadual 001/2012 - Rede Secundária; 4) Nota Técnica Estadual 05/2012 - Rede Terciária.	32,0 (100%)	3,5	10,9	38,0 (100%)	14,0	36,8	12,0 (100%)	3,0	25,0	12,0 (100%)	9,0	75,0	14,0 (100%)	12,5	89,3	108,0 (100%)	42,0	38,9
Σ	32,0 (100%)	3,5	10,9	38,0 (100%)	14,0	36,8	12,0 (100%)	3,0	25,0	12,0 (100%)	9,0	75,0	14,0 (100%)	12,5	89,3	108,0 (100%)	42,0	38,9
Componente Estrutura Σ	528,0 (100%)	296,5	56,1	627,0 (100%)	496,5	79,2	198,0 (100%)	129,0	65,1	198,0 (100%)	137,5	69,4	231,0 (100%)	165,3	71,6	1.782,0 (100%)	1.182,8	66,4

PME = Pontuação Máxima Esperada; PO = Pontuação Observada; GI = Grau de Implantação; DG = Dimensão Global.

Fonte: A Autora

5.2.1.5 Componente Estrutura Antes e Após o Programa SANAR

Tem-se no Quadro 22 a Matriz Comparativa da Análise e Julgamento, por subcomponente da Estrutura nos cinco municípios de Pernambuco estudados (dimensão unitária “DU”), e na dimensão global (DG), possibilitando observar a variação proporcional do Grau de Implantação do Programa de Controle da Hanseníase nas USF antes e após a intervenção do Programa SANAR.

Quadro 22 Matriz Comparativa de Análise e Julgamento do Grau de Implantação das ações do Programa de Controle da Hanseníase (PCH) nas USF, antes e após a intervenção do Programa SANAR, quadriênio 2015 – 2018 – Componente Estrutura –, nos cinco municípios de Pernambuco selecionados para este estudo.

Componente Estrutura	PME (100%)	Antes do Programa SANAR		Após o Programa SANAR		Variação proporcional observada (%)
		PO	GI (%)	PO	GI (%)	
Recursos Humanos						
Jaboatão dos Guararapes	64	59,5	92,9	56,0	87,5	-5,4
Olinda	76	64,0	84,2	67,5	88,8	4,6
Ipojuca	24	21,0	87,5	18,5	77,1	-10,4
Escada	24	21,5	89,2	23,0	95,8	6,6
Goiana	28	21,0	75,0	20,5	73,2	-1,8
Σ	216	187,0	86,6	185,5	85,9	-0,7
Impressos						
Jaboatão dos Guararapes	96	42,0	43,8	65,0	67,7	23,9
Olinda	114	98,0	86,0	103,0	90,4	4,4
Ipojuca	36	18,0	50,0	29,0	80,6	30,6
Escada	36	13,0	36,1	20,0	55,6	19,5
Goiana	42	28,0	66,7	42,0	100,0	33,3
Σ	324	199,0	61,4	259,0	79,9	18,5
Materiais para Assistência ao paciente						
Jaboatão dos Guararapes	336	173,5	51,6	172,0	51,2	- 0,8
Olinda	399	279,0	69,9	312,0	78,2	11,9
Ipojuca	126	67,0	53,2	78,5	62,3	17,1
Escada	126	59,0	46,8	85,5	67,9	45,1
Goiana	147	78,5	53,4	90,3	61,4	15,0
Σ	1.134	672,0	59,3	738,3	65,1	9,8
Materiais Instrucionais						
Jaboatão dos Guararapes	32	1,5	4,7	3,5	10,9	6,2
Olinda	38	2,5	6,6	14,0	36,8	30,2
Ipojuca	12	2,0	16,7	3,0	25,0	8,3
Escada	12	0,0	0,0	9,0	75,0	75,0
Goiana	14	3,5	25,0	12,5	89,3	64,3
Σ	108	9,5	8,8	42,0	38,9	30,1
Dimensão Global						
Jaboatão dos Guararapes	528	276,5	52,4	296,5	56,1	7,1
Olinda	627	443,5	70,7	496,5	79,2	12,0
Ipojuca	198	108,0	54,5	129,0	65,1	19,4
Escada	198	93,5	47,2	137,5	69,4	47,0
Goiana	231	131,0	56,7	165,3	71,6	26,3
Σ	1.782	1067,5	59,9	1.182,8	66,4	10,8

Fonte: A Autora

Apreciando-se a variação proporcional, ao se comparar a pontuação obtida antes e após a intervenção do Programa SANAR, percebe-se que no Componente Estrutura merece especial atenção a disponibilidade de “Recursos Humanos” para o PCH – como pode ser observado constatou-se variação proporcional “negativa” na DG dos municípios avaliados (-0,7%). E, focando a DU, verifica-se que apresentaram variação proporcional “negativa” os municípios de Jaboatão dos Guararapes (-5,4%), Ipojuca (-10,4%) e Goiana (-1,8%) –. No subcomponente “Materiais para Assistência ao Paciente”, a variação proporcional foi “negativa” em Jaboatão dos Guararapes (-0,8%). Nos demais subcomponente da Estrutura, tanto na DG quanto na DU, a variação proporcional foi “positiva”.

5.2.2 Componente Processo

O Grau de Implantação das ações do Programa de Controle da Hanseníase (PCH) nas USF dos cinco municípios de Pernambuco selecionados para este estudo, Componente Processo, está demonstrado nos Quadros 23 e 24 (Matriz de Análise e Julgamento – Componente Processo), respectivamente antes e após a intervenção do Programa SANAR quadriênio 2015 – 2018.

A análise e Julgamento do Componente Processo foi realizada considerando três subcomponentes: Vigilância Epidemiológica (seis indicadores), Assistência ao Paciente (onze indicadores) e Educação em Saúde (três indicadores).

5.2.2.1 Subcomponente Vigilância Epidemiológica

A atividade “Contatos de hanseníase vacinados com a BCG”, antes do Programa SANAR se encontrava na condição de “Implantação Incipiente” em três dos municípios participantes do estudo (Jaboatão dos Guararapes com 18,8% da PME, Olinda com 7,9% da PME e Goiana com 21,4% da PME). Em Ipojuca e Escada essa atividade encontrava-se “Não Implantada”. Após a intervenção do Programa SANAR, em Jaboatão dos Guararapes não houve alteração na pontuação deste indicador; em Olinda a pontuação melhorou, mantendo-se, todavia, na condição de “Implantação Incipiente”, com 10,5% da PME; em Ipojuca e Escada, progrediu para a condição de “Implantação Incipiente”, com 16,7% da PME; e em

Goiana progride para o grau de “Implantação Insatisfatória”, com 57,1% dos contatos de casos de hanseníase vacinados com a BCG (aumento de 166,8%).

A atividade “Busca ativa de Sintomático Dermatoneurológico”, apresentou melhora após a intervenção do Programa SANAR em dois municípios (Ipojuca e Goiana) – em Ipojuca saiu da condição “Não Implantada” para “Implantada”, com 83,3% das USF realizando a mencionada busca ativa; e em Goiana saiu da condição de “Implantação Insatisfatória” para “Implantada” (de 42,9% para 85,7% das USF realizando essa atividade) –. Em Escada não houve variação, permanecendo na condição “Implantada”, com 83,3% das USF executando a atividade mencionada. Em Jaboatão dos Guararapes e Olinda, que antes do SANAR possuíam todas as USF realizando busca ativa de sintomático dermatoneurológico, ao final do quadriênio estudado apresentaram redução das USF que observam essa diretriz – em Jaboatão dos Guararapes ocorreu redução de 25,0%, voltando a condição “Parcialmente Implantada” com 75,0% das USF realizando essa busca ativa; e em Olinda redução de 5,3%, mantendo essa atividade na condição “Implantada” com 94,7% das USF realizando essa atividade.

A atividade “Material para Autocuidado disponibilizado aos pacientes de hanseníase”, após a intervenção do Programa SANAR aumentou em quatro dos cinco municípios estudados – em Ipojuca e Escada saiu da condição “Não Implantada” para as condições, respectivamente, de “Implantação Incipiente” com 33,3% das USF realizando essa atividade; e “Implantada” com 100,0% das USF disponibilizando aos pacientes de hanseníase material para o autocuidado –. Em Jaboatão dos Guararapes passou da condição “Parcialmente Implantada” para “Implantada” (de 75,0% para 87,5% da PME) e em Goiana passou da condição de “Implantação Incipiente” para “Implantação Insatisfatória” (de 14,3% para 57,1% da PME). Em Olinda manteve-se na condição de “Implantada” sem alterar o número de USF (89,5%) que observam essa recomendação do PCH.

Quanto a atividade “Exame realizado nos contatos de casos de hanseníase dentre os registrados na USF”, após a intervenção do Programa SANAR houve aumento em todos os municípios estudados. Em Ipojuca, apesar do aumento observado (de 150,4%), essa atividade permanece no grau de “Implantação incipiente” (de 11,1% para 27,8% das USF realizando essa atividade). Em Escada e

Goiana essa diretriz progrediu do grau de “Implantação Insatisfatória” para a condição “Implantada”, respectivamente, de 44,4% para 83,3% e de 42,9% para 90,5% dos contatos de casos de hanseníase registrados nas USF realizando exame. Em Olinda essa atividade progrediu da condição de “Implantação Insatisfatória” (com 49,1% das USF realizando essa atividade) para a condição “Parcialmente Implantada” (com 66,7% das USF realizando a referida atividade). E, em Jaboatão dos Guararapes, apesar do aumento na pontuação inicial (de 35,0%), não houve alteração da condição “Implantação Insatisfatória” (de 41,7% para 56,3% dos contatos de casos de hanseníase registrados nas USF sendo examinados).

Com relação ao “Preenchimento adequado do Livro de Registro e Acompanhamento do Tratamento dos Casos de Hanseníase”, houve acréscimo de observância dessa diretriz em Olinda, Escada e Goiana – em Olinda o aumento ocorrido (de 7,7%) manteve essa atividade na condição “Parcialmente Implantada” (de 68,4% para 73,7% da PME); em Escada o aumento (de 24,9%) fez com que progredisse da condição “Parcialmente Implantada” para “Implantada” (de 66,7% para 83,3% da PME); e em Goiana o aumento (de 149,6%) fez com que essa atividade progredisse da condição de “Implantação Incipiente” para “Parcialmente Implantada” (de 28,6% para 71,4% das USF preenchendo adequadamente o referido livro). No município de Ipojuca não sofreu alteração, permanecendo na condição de “Implantação Insatisfatória” com 50,0% das USF preenchendo o mencionado livro; e em Jaboatão dos Guararapes apresentou queda de 45,5% na pontuação inicial (de 68,8% para 37,5% das USF realizando a referida atividade), saindo da condição “Parcialmente Implantada” para a condição de “Implantação Incipiente”.

A atividade “Atualização e envio mensal pela USF do Boletim de Acompanhamento dos Casos de Hanseníase”, antes do Programa SANAR encontrava-se “Implantada” em Ipojuca e em Escada, respectivamente, com 100% e 83,3% das USF realizando essa atividade. Nos outros municípios encontrava-se na condição de “Implantação Incipiente” (em Jaboatão dos Guararapes com 25,0% da PME; em Olinda com 26,3% da PME; e em Goiana com 14,3% da PME). Após a intervenção do Programa SANAR, Ipojuca foi o único município onde houve queda desse indicador (33,3%), passando a condição “Parcialmente Implantada” com 66,7% das USF observando essa diretriz. Em Escada manteve-se na condição

“implantada”, atingindo com o aumento de 20,0% a PME. Em Jaboatão dos Guararapes, apesar do aumento observado de 25,2%, esse indicador permaneceu na condição de “Implantação Incipiente” com 31,3% da PME. Em Olinda, o aumento de 280,2% faz com que essa recomendação progredisse para a condição “Implantada” com a PME. E, em Goiana, o aumento assinalado de 200,0%, fez com que este indicador progredisse para a condição de “Implantação Insatisfatória”, com 42,9% da PME.

Observando o **Subcomponente “Vigilância Epidemiológica” em sua DG**, por município avaliado, pode-se observar que antes da intervenção do Programa SANAR Jaboatão dos Guararapes, Olinda e Escada apresentavam grau de “Implantação Insatisfatória”; e Ipojuca e Goiana grau de “Implantação Incipiente”. Após o SANAR progrediram para a condição “Parcialmente Implantada” os municípios de Olinda, Escada e Goiana; Ipojuca progrediu para a condição de “Implantação Insatisfatória”; e Jaboatão dos Guararapes permaneceu na condição de “Implantação Insatisfatória”.

5.2.2.2 Subcomponente Assistência ao Paciente

A atividade “Casos de hanseníase diagnosticados na USF”, antes do Programa SANAR encontrava-se “Implantada” em Ipojuca, com 94,4% da PME; na condição de “Implantação Insatisfatória” em Escada, com 44,4% da PME; na condição de “Implantação Incipiente”, em Jaboatão dos Guararapes, com 35,4% da PME; e Olinda, com 31,6% da PME; e na condição “Não Implantada” em Goiana. Após o Programa SANAR essa atividade aumentou em apenas dois dos cinco municípios estudados – em Olinda, onde com o aumento observado (77,5%) passou para o grau de “Implantação Insatisfatória”, com 56,1% da PME; e em Goiana que progrediu para a condição de “Implantação Incipiente”, com 33,3% da PME. Nos outros três municípios houve queda nesse indicador, fazendo com que em Escada regredisse a condição de “Implantação Incipiente”, com 33,3% da PME (queda de 25,0%); em Ipojuca retrocedesse a condição de “Implantação Insatisfatória” com 50,0% da PME (queda de 47,0%); e em Jaboatão dos Guararapes, a queda de 5,9% (passando a 33,3% da PME) não alterou a condição de “Implantação Incipiente”.

A atividade “Realização de Dose Supervisionada para todos os pacientes de hanseníase”, antes do Programa SANAR já se encontrava “Implantada” em Jabotão dos Guararapes, Olinda e Ipojuca, nesses dois últimos com 100,0% das USF realizando essa atividade e no primeiro com 93,8% das USF. Em Escada e Goiana estava na condição de “Implantação Insatisfatória”, respectivamente, com 50,0% e 57,1% das USF executando essa diretriz. Após o SANAR, Olinda manteve essa condição de excelência; e em Escada e Goiana progrediu para a condição “Implantada” com 100,0% das USF realizando essa atividade. Em Ipojuca houve redução no número de USF, para 83,3% executando essa diretriz (queda de 16,7%); e em Jabotão dos Guararapes a condição “Implantada” foi mantida apesar da redução de USF para 87,5% realizando essa atividade.

A atividade “Avaliação do Grau de Incapacidade dos casos de hanseníase no momento do diagnóstico”, antes da intervenção do Programa SANAR encontrava-se “Parcialmente Implantada” em Olinda (67,1% da PME); no grau de “Implantação Insatisfatória” em Escada (50,0% da PME) e Goiana (42,9% da PME); e de “Implantação Incipiente” em Jabotão dos Guararapes (31,3% da PME) e Ipojuca (25,0% da PME). Após a intervenção do Programa SANAR essa atividade melhorou em quatro dos cinco municípios estudados – aumento de 109,6% em Jabotão dos Guararapes; de 183,2% em Ipojuca; de 100,0% em Escada; e de 108,2% em Goiana –. Em Escada e Goiana essa atividade terminou o quadriênio na condição de “Implantada”, respectivamente com 100,0% e 89,3% dos pacientes avaliados para o grau de incapacidade no diagnóstico; e na condição “Parcialmente Implantada” em Ipojuca e Jabotão dos Guararapes, respectivamente, com 70,8% e 65,6% dos pacientes avaliados no diagnóstico para o grau de incapacidade. Em Olinda, a redução de 35,3% fez com que essa atividade retornasse à condição de “Implantação Insatisfatória” com 43,4% dos pacientes avaliados no diagnóstico para o grau de incapacidade.

A atividade “Avaliação do Grau de Incapacidade dos casos de hanseníase no momento do diagnóstico, realizado na USF”, antes do Programa SANAR encontrava-se na condição de “Implantação Incipiente” em quatro dos cinco municípios avaliados (Jabotão dos Guararapes com 12,5% da PME; Olinda com 15,8% da PME; Ipojuca com 37,5% da PME; e Goiana com 3,6% da PME) e “Não Implantada” em Escada. Após a intervenção do SANAR, houve redução dessa

atividade apenas em Ipojuca, permanecendo na condição de “Implantação Incipiente” com 16,7% dos casos de hanseníase avaliados na USF quanto ao grau de incapacidade (redução de 55,5%). Em Escada e Goiana, apesar do aumento observado a referida atividade permaneceu na condição de “Implantação Incipiente”, respectivamente, com 33,3% e 32,1% dos pacientes com hanseníase sendo avaliados na USF quanto ao grau de incapacidade no momento do diagnóstico. Em Jaboatão dos Guararapes e Olinda, o aumento observado fez com que essa atividade passasse para o grau de “Implantação Insatisfatória”, respectivamente, com 56,3% e 44,7% dos pacientes sendo avaliados na própria USF quanto ao grau de incapacidade no momento do diagnóstico.

A atividade “Avaliação do Grau de Incapacidade durante o acompanhamento dos casos de hanseníase”, antes do Programa SANAR encontrava-se “Não Implantada” em Jaboatão dos Guararapes, Escada e Goiana; com “Implantação Incipiente” em Olinda (15,8% da PME); e com “Implantação Insatisfatória” em Ipojuca (50,0% da PME). Após a intervenção do SANAR, Jaboatão dos Guararapes, Olinda e Goiana alcançaram o grau de “Implantação Insatisfatória”, respectivamente com 56,3%; 52,6% e 42,9% dos pacientes sendo avaliados quanto ao grau de incapacidade durante seu acompanhamento clínico. Em Escada progrediu para a condição de “Implantação Insipiente”, com 16,7% dos pacientes sendo avaliados durante seu acompanhamento clínico; e em Ipojuca essa atividade caiu para a condição de “Implantação Incipiente”, com 33,3% dos pacientes sendo avaliados quanto ao grau de incapacidade durante seu acompanhamento clínico (queda de 33,4%).

A atividade “Avaliação dos casos de hanseníase quanto ao Grau de Incapacidade, na alta por cura”, encontrava-se antes do SANAR “Não Implantada” em Jaboatão dos Guararapes e Escada; e no grau de “Implantação Incipiente” nos três outros municípios, com 5,3% da PME em Olinda; 16,7% da PME em Ipojuca; e 14,3% da PME em Goiana. Após a intervenção do SANAR, Ipojuca foi o único município onde essa atividade regrediu, voltando a condição “Não Implantada”. Em Jaboatão dos Guararapes e Goiana essa atividade progrediu para o grau de “Implantação Insatisfatória”, respectivamente, com 43,8% e 42,9% dos pacientes sendo avaliados no momento da alta por cura quanto ao grau de incapacidade física. Em Olinda, essa atividade apesar do aumento, permaneceu na condição de

“Implantação Incipiente”, com 26,3% dos pacientes sendo avaliado na referida atividade; e em Escada essa atividade elevou-se para a condição de “Implantação Incipiente”, com 33,3% dos pacientes sendo avaliado no momento da alta por cura quanto ao grau de incapacidade física.

A atividade “Identificação dos critérios para encaminhamento do paciente para a referência: 1) Reações Hansênicas; 2) Recidiva e 3) Efeitos adversos ao tratamento”, antes do Programa SANAR encontrava-se “Parcialmente Implantada” em Olinda (com 77,2% da PME) e Escada (com 66,7% da PME); na condição de “Implantação Insatisfatória” em Jaboatão dos Guararapes (com 56,3% da PME) e Ipojuca (com 50,0% da PME); e na condição de “Implantação Incipiente” em Goiana (com 9,5% da PME). Após o SANAR regrediu apenas no município de Ipojuca, passando a “Implantação Incipiente” com 33,3% da PME (queda de 33,4%). Em Jaboatão dos Guararapes, Olinda e Escada essa atividade atingiu a condição “Implantada”, respectivamente, com 87,5%; 89,5% e 83,3% da PME. E em Goiana, progrediu para a condição “Parcialmente Implantada”, com 76,2% da PME.

A atividade “Realização de Busca Ativa de faltosos ao tratamento de hanseníase através de visita domiciliar”, antes do Programa SANAR se encontrava “Parcialmente Implantada” em Escada, com 66,7% das USF registrando a realização da referida atividade; e “Implantada” nos demais municípios estudados – com todas as USF realizando a referida busca ativa em Olinda, Ipojuca e Goiana; e com 93,8% das USF realizando a mencionada atividade em Jaboatão dos Guararapes –. Após a intervenção do SANAR, a totalidade de USF realizando essa atividade foi mantida em Olinda e Goiana; e alcançada em Jaboatão dos Guararapes e Escada. Em Ipojuca a realização dessa atividade apresentou queda de 16,7% passando a ter 83,3% das USF realizando a busca ativa de faltosos ao tratamento de hanseníase, através de visita domiciliar.

A atividade “Orientação aos pacientes de hanseníase para o autocuidado (olhos, mãos e pés)”, antes do Programa SANAR se encontrava “Implantada” em Olinda com 84,2% das USF realizando essa atividade; “Parcialmente Implantada” em Jaboatão dos Guararapes e Escada, respectivamente com 75,0% e 66,7% das USF realizando a referida atividade; com grau de “Implantação Insatisfatória” em Goiana com 57,1% das USF realizando essa atividade; e de “Implantação Incipiente”

em Ipojuca, com 16,7% das USF realizando a mencionada orientação. Após o programa SANAR essa atividade estava “Implantada” em todos os municípios avaliados. Em Escada com todas as USF orientando os pacientes para o autocuidado; em Olinda com 94,7% das USF; em Goiana com 85,7% das USF; em Ipojuca com 83,3% das USF; e em Jaboatão dos Guararapes com 81,3% das USF realizando a atividade mencionada.

Antes da intervenção do Programa SANAR, o “Uso da ficha de referência e contrarreferência nas USF” estava “Parcialmente Implantada” em Olinda, com 73,7% das USF usando a referida ficha; e nos outros quatro municípios nenhuma USF realizava esta atividade. Após o SANAR, em Olinda esta atividade foi ampliada atingindo a condição de “Implantada” com 84,2% das USF observando essa diretriz; em Goiana e Escada progrediu para a condição de “Implantação Insatisfatória”, respectivamente, com 52,4% e 50,0% das USF usando a referida ficha; e para a condição de “Implantação Incipiente” em Ipojuca e Jaboatão dos Guararapes, respectivamente, com 33,3% e 6,3% das USF observando essa recomendação.

Observando o **subcomponente “Assistência ao Paciente” em sua DG**, por município avaliado, pode-se observar que após o Programa SANAR houve progresso em todos os municípios avaliados. Os melhores resultados foram observados em Goiana e Escada, progredindo da condição de “Implantação Incipiente” para “Parcialmente Implantada” – aumento de 110,2% em Goiana (de 32,2% para 67,7% da PME) e de 89,5% em Escada (de 36,2% para 68,6% da PME) –. Progrediu da condição de “Implantação Insatisfatória” para “Parcialmente Implantada” em Jaboatão dos Guararapes e Olinda – aumento de 48,8% em Jaboatão dos Guararapes (de 42,8% para 63,7% da PME) e de 17,6% em Olinda (de 59,1% para 69,5% da PME). Ipojuca apresentou aumento de 2,8% (de 49,1% para 50,5% da PME), mantendo-se no grau de implantação “Insatisfatória”.

5.2.2.3 Subcomponente Educação em Saúde

A “Realização de atividades coletivas nas USF sobre prevenção e controle da hanseníase (mais de uma por ano, devidamente registrada em pelo menos um desses recursos: atas, fotos, livro de reuniões etc.)”, antes da intervenção do

Programa SANAR se encontrava “Implantada” somente em Olinda, com 92,1% das USF tendo executado/registrado a referida atividade. Encontrava-se na condição de “Implantação Insatisfatória” em Jaboatão dos Guararapes, Escada e Goiana, respectivamente, com 40,6%; 58,3% e 57,1% das USF referindo/comprovando sua execução. Em Ipojuca encontrava-se no grau de “Implantação Incipiente”, com 33,3% das USF executando/registrando a mencionada atividade. “Após o SANAR, só não houve implementação dessa atividade em Ipojuca. Em Olinda, com o aumento de 8,6%, essa diretriz atingiu a totalidade das USF. Em Escada o aumento de USF realizando/registrando essa atividade foi de 42,9% atingindo 83,3% das USF, progredindo para a condição “Implantada”; em Jaboatão dos Guararapes o aumento foi de 30,8% atingindo 53,1% das USF, mantendo-se na condição de “Implantação Insatisfatória”; e em Goiana o aumento foi de 12,6% atingindo 64,3% das USF, progredindo para a condição “Parcialmente Implantada”.

O presente estudo constatou que a “Realização de atividades educativas para controle da hanseníase em parcerias com escolas, igrejas, associações e outros equipamentos sociais da comunidade (mais de uma por ano, devidamente registrada em pelo menos um desses recursos: atas, fotos, livro de reuniões etc.)”, antes do Programa SANAR encontrava-se “Implantada” apenas no município de Olinda, com 86,8% da PME; na condição de “Implantação Insatisfatória” em Escada, com 58,3% da PME; e na condição de “Implantação Incipiente” em Jaboatão dos Guararapes, com 15,6% da PME; em Ipojuca, com 33,3% da PME; e em Goiana, com 35,7% da PME. Após a intervenção do SANAR, essa atividade ascendeu ao grau de “Implantação Insatisfatória”, com 50,0% das USF executando/registrando a referida atividade, em Jaboatão dos Guararapes, Ipojuca e Goiana. Em Escada houve queda na pontuação inicialmente observada, mantendo-se, todavia, no grau de “Implantação Insatisfatória”, também com 50,0% das USF executando/registrando a referida atividade. E em Olinda também houve queda na pontuação inicial com manutenção da condição “Implantada”, com 84,2% das USF executando/registrando essa atividade.

A “Realização de reuniões com a equipe de saúde para a qualificação dos ACS, no que se refere a sua abordagem nas visitas domiciliares (duas ou mais por ano, devidamente registrada em pelo menos um desses recursos: atas, fotos, livro de reuniões etc.)”, antes da intervenção do Programa SANAR se encontrava

“Implantada” em Olinda, com 82,5% das USF realizando as referidas reuniões; “Parcialmente Implantada” em Jaboatão dos Guararapes e Escada, respectivamente, com 70,8% e 72,2% das USF realizando essa atividade; na condição de “Implantação Insatisfatória” em Goiana, com 42,9% das USF realizando/registando essa atividade; e na condição de “Implantação Incipiente” em Ipojuca, com 16,7% das USF executando/documentando sua realização. Após o Programa SANAR, houve aumento na pontuação inicialmente observada em Olinda, Escada e Goiana, com manutenção do grau de implantação – em Olinda, “Implantada” com 84,2% da PME; em Escada, “Parcialmente Implantada” com 77,8% da PME; e em Goiana, “Implantação Insatisfatória” com 57,1% da PME –. Em Ipojuca não houve alteração; e em Jaboatão dos Guararapes houve regressão para a condição de “Implantação Insatisfatória”, com 43,8% das USF executando a mencionada atividade (queda de 38,1%).

Observando o **subcomponente “Educação em Saúde” em sua DG**, por município avaliado, pode-se observar que após a intervenção do Programa SANAR todos os municípios mantiveram o grau de implantação inicial, havendo melhora na pontuação observada. Em Olinda foi registrado aumento de 2,5% (de 86,5% para 88,7% da PME), permanecendo na condição “Implantada”; em Escada o aumento observado foi de 11,1% (de 64,3% para 71,4% da PME), permanecendo na condição “Parcialmente Implantada”; em Goiana e Jaboatão dos Guararapes o aumento assinalado foi, respectivamente, de 27,2% (de 44,9% para 57,1% da PME) e 3,9% (de 46,4% para 48,2% da PME), permanecendo na condição de “Implantação Insatisfatória”; e em Ipojuca houve um aumento de 17,9% (de 26,2% para 30,9% da PME) permanecendo na condição de “Implantação Incipiente”.

Quadro 23. Matriz de Análise e Julgamento para estabelecer o Grau de Implantação das ações do **Programa de Controle da Hanseníase (PCH)** nas USF – **Componente Processo** – nos cinco municípios de Pernambuco selecionados para este estudo, **antes da intervenção do Programa SANAR**, quadriênio 2015 – 2018.

Continua

INDICADOR	PME em Jaboatão	19 Equipes ESF		PME em Olinda	16 Equipes ESF		PME em Ipojuca	06 Equipes ESF		PME em Escada	06 Equipes ESF		PME em Goiana	07 Equipes ESF		PME - DG	PO	GI
		PO	GI		PO	GI		PO	GI		PO	GI						
Vigilância Epidemiológica																		
Contatos de hanseníase vacinados com a BCG.	64 (100%)	12,0	18,8	76 (100%)	6,0	7,9	24 (100%)	0,0	0,0	24 (100%)	0,0	0,0	28 (100%)	6,0	21,4	216 (100%)	24,0	11,1
Busca Ativa de Sintomáticos Dermatoneurológicos.	64 (100%)	64,0	100,0	76 (100%)	76,0	100,0	24 (100%)	0,0	0,0	24 (100%)	20,0	83,3	28 (100%)	12,0	42,9	216 (100%)	172,0	79,6
Material para autocuidado entregue aos pacientes de hanseníase.	64 (100%)	48,0	75,0	76 (100%)	68,0	89,5	24 (100%)	0,0	0,0	24 (100%)	0,0	0,0	28 (100%)	4,0	14,3	216 (100%)	120,0	55,6
Exame dos contatos de casos de hanseníase dentre os registrados na USF.	96 (100%)	40,0	41,7	114 (100%)	56,0	49,1	36 (100%)	4,0	11,1	36 (100%)	16,0	44,4	42 (100%)	18,0	42,9	324 (100%)	134,0	41,4
Preenchimento adequado do Livro de Registro e Acompanhamento do Tratamento dos Casos de Hanseníase.	64 (100%)	44,0	68,8	76 (100%)	52,0	68,4	24 (100%)	12,0	50,0	24 (100%)	16,0	66,7	28 (100%)	8,0	28,6	216 (100%)	132,0	61,1
Atualização e envio mensal pela USF do Boletim de Acompanhamento dos Casos de Hanseníase.	48 (100%)	12,0	25,0	57 (100%)	15,0	26,3	18 (100%)	18,0	100,0	18 (100%)	15,0	83,3	21 (100%)	3,0	14,3	162 (100%)	63,0	38,9
Σ	400 (100%)	220,0	55,0	475 (100%)	273,0	57,5	150 (100%)	34,0	22,7	150 (100%)	67,0	44,7	175 (100%)	51,0	29,1	1350 (100%)	645,0	47,8
Assistência ao Paciente																		
Casos de Hanseníase diagnosticados na USF.	48 (100%)	17,0	35,4	57 (100%)	18,0	31,6	18 (100%)	17,0	94,4	18 (100%)	8,0	44,4	21 (100%)	0,0	0,0	162 (100%)	60,0	37,0
Realização de Dose Supervisionada para todos os pacientes de hanseníase.	64 (100%)	60,0	93,8	76 (100%)	76,0	100,0	24 (100%)	24,0	100,0	24 (100%)	12,0	50,0	28 (100%)	16,0	57,1	216 (100%)	188,0	87,0
Avaliação do Grau de Incapacidade no diagnóstico.	64 (100%)	20,0	31,3	76 (100%)	51,0	67,1	24 (100%)	6,0	25,0	24 (100%)	12,0	50,0	28 (100%)	12,0	42,9	216 (100%)	101,0	46,8
Avaliação do Grau de Incapacidade no diagnóstico realizado na USF.	64 (100%)	8,0	12,5	76 (100%)	12,0	15,8	24 (100%)	9,0	37,5	24 (100%)	0,0	0,0	28 (100%)	1,0	3,6	216 (100%)	30,0	13,9
Avaliação do Grau de Incapacidade durante o acompanhamento do paciente.	32 (100%)	0,0	0,0	38 (100%)	6,0	15,8	12 (100%)	6,0	50,0	12 (100%)	0,0	0,0	14 (100%)	0,0	0,0	108 (100%)	12,0	6,7

Quadro 23. Matriz de Análise e Julgamento para estabelecer o Grau de Implantação das ações do **Programa de Controle da Hanseníase (PCH)** nas USF – **Componente Processo** – nos cinco municípios de Pernambuco selecionados para este estudo, **antes da intervenção do Programa SANAR**, quadriênio 2015 – 2018.

Continuação

Avaliação do Grau de Incapacidade na alta, por cura do paciente.	64 (100%)	0,0	0,0	76 (100%)	4,0	5,3	24 (100%)	4,0	16,7	24 (100%)	0,0	0,0	28 (100%)	4,0	14,3	216 (100%)	12,0	5,6
Identificação dos critérios para encaminhamento do paciente para a referência: 1) Reações Hansênicas; 2) Recidiva e 3) Efeitos adversos ao tratamento.	48 (100%)	27,0	56,3	57 (100%)	44,0	77,2	18 (100%)	9,0	50,0	18 (100%)	12,0	66,7	21 (100%)	2,0	9,5	162 (100%)	94,0	58,0
Busca Ativa de faltosos ao tratamento de hanseníase através de visita domiciliar.	64 (100%)	60,0	93,8	76 (100%)	76,0	100,0	24 (100%)	24,0	100,0	24 (100%)	16,0	66,7	28 (100%)	28,0	100,0	216 (100%)	204,0	94,4
Orientação aos pacientes de hanseníase para o autocuidado (olhos, mãos e pés).	64 (100%)	48,0	75,0	76 (100%)	64,0	84,2	24 (100%)	4,0	16,7	24 (100%)	16,0	66,7	28 (100%)	16,0	57,1	216 (100%)	148,0	68,5
Uso da ficha de referência e contrarreferência.	48 (100%)	0,0	0,0	57 (100%)	42,0	73,7	18 (100%)	0,0	0,0	18 (100%)	0,0	0,0	21 (100%)	0,0	0,0	162 (100%)	42,0	25,9
Σ	560 (100%)	240,0	42,8	665 (100%)	393,0	59,1	210 (100%)	103,0	49,1	210 (100%)	76,0	36,2	245 (100%)	79,0	32,2	1.890 (100%)	891,0	47,1
Educação em Saúde																		
Realização de atividades coletivas nas USF sobre prevenção e controle da hanseníase.	32 (100%)	13,0	40,6	38 (100%)	35,0	92,1	12 (100%)	4,0	33,3	12 (100%)	7,0	58,3	14 (100%)	8,0	57,1	108 (100%)	67,0	62,0
Realização de atividades educativas para controle da hanseníase, em parcerias com escolas, igrejas, associações e outros equipamentos sociais da comunidade.	32 (100%)	5,0	15,6	38 (100%)	33,0	86,8	12 (100%)	4,0	33,3	12 (100%)	7,0	58,3	14 (100%)	5,0	35,7	108 (100%)	54,0	50,0
Realização de reuniões sobre hanseníase entre a equipe de saúde, para a qualificação dos ACS no que se refere a sua abordagem nas visitas domiciliares.	48 (100%)	34,0	70,8	57 (100%)	47,0	82,5	18 (100%)	3,0	16,7	18 (100%)	13,0	72,2	21 (100%)	9,0	42,9	162 (100%)	106,0	65,4
Σ	112 (100%)	52,0	46,4	133 (100%)	115,0	86,5	42 (100%)	11,0	26,2	42 (100%)	27,0	64,3	49 (100%)	22,0	44,9	378 (100%)	227,0	60,0
Componente Processo Σ	1.072 (100%)	512,0	47,8	1.273 (100%)	781,0	61,3	402 (100%)	148,0	36,8	402 (100%)	170,0	42,3	469 (100%)	152,0	32,4	3.618 (100%)	1.763,0	48,7

PME = Pontuação Máxima Esperada; PO = Pontuação Observada; GI = Grau de Implantação; DG = Dimensão Global.

Fonte: A Autora

Quadro 24. Matriz de Análise e Julgamento para estabelecer o Grau de Implantação das ações do **Programa de Controle da Hanseníase (PCH)** nas USF – **Componente Processo** – nos cinco municípios de Pernambuco selecionados para este estudo, **após a intervenção do Programa SANAR**, quadriênio 2015 – 2018.

Continua

INDICADOR	PME em Jaboatão	19 Equipes ESF		PME em Olinda	16 Equipes ESF		PME em Ipojuca	06 Equipes ESF		PME em Escada	06 Equipes ESF		PME em Goiana	07 Equipes ESF		PME - DG	PO	GI
		PO	GI		PO	GI		PO	GI		PO	GI		PO	GI			
Vigilância Epidemiológica																		
Contatos de Hanseníase vacinados com a BCG.	64 (100%)	12,0	18,8	76 (100%)	8,0	10,5	24 (100%)	4,0	16,7	24 (100%)	4,0	16,7	28 (100%)	16,0	57,1	216 (100%)	44,0	20,4
Busca Ativa de Sintomáticos Dermatoneurológicos.	64 (100%)	48,0	75,0	76 (100%)	72,0	94,7	24 (100%)	20,0	83,3	24 (100%)	20,0	83,3	28 (100%)	24,0	85,7	216 (100%)	184,0	85,5
Material para autocuidado entregue aos pacientes de hanseníase.	64 (100%)	56,0	87,5	76 (100%)	68,0	89,5	24 (100%)	8,0	33,3	24 (100%)	24,0	100,0	28 (100%)	16,0	57,1	216 (100%)	172,0	79,6
Exame dos contatos de casos de hanseníase dentre os registrados na USF.	96 (100%)	54,0	56,3	114 (100%)	76,0	66,7	36 (100%)	10,0	27,8	36 (100%)	30,0	83,3	42 (100%)	38,0	90,5	324 (100%)	208,0	64,2
Preenchimento adequado do Livro de Registro e Acompanhamento do Tratamento dos Casos de Hanseníase.	64 (100%)	24,0	37,5	76 (100%)	56,0	73,7	24 (100%)	12,0	50,0	24 (100%)	20,0	83,3	28 (100%)	20,0	71,4	216 (100%)	132,0	61,1
Atualização e envio mensal pela USF do Boletim de Acompanhamento dos Casos de Hanseníase.	48 (100%)	15,0	31,3	57 (100%)	57,0	100,0	18 (100%)	12,0	66,7	18 (100%)	18,0	100,0	21 (100%)	9,0	42,9	162 (100%)	111,0	68,5
Σ	400 (100%)	209,0	52,2	475 (100%)	337,0	70,9	150 (100%)	66,0	44,0	150 (100%)	116,0	77,3	175 (100%)	123,0	70,3	1350 (100%)	851,0	63,0
Assistência ao Paciente																		
Casos de hanseníase diagnosticados na USF.	48 (100%)	16,0	33,3	57 (100%)	32,0	56,1	18 (100%)	9,0	50,0	18 (100%)	6,0	33,3	21 (100%)	7,0	33,3	162 (100%)	70,0	43,2
Realização de Dose Supervisionada para todos os pacientes de hanseníase.	64 (100%)	56,0	87,5	76 (100%)	76,0	100,0	24 (100%)	20,0	83,3	24 (100%)	24,0	100,0	28 (100%)	28,0	100,0	216 (100%)	204,0	94,4
Avaliação do Grau de Incapacidade no diagnóstico.	64 (100%)	42,0	65,6	76 (100%)	33,0	43,4	24 (100%)	17,0	70,8	24 (100%)	24,0	100,0	28 (100%)	25,0	89,3	216 (100%)	141,0	65,3
Avaliação do Grau de Incapacidade no diagnóstico realizado na USF.	64 (100%)	36,0	56,3	76 (100%)	34,0	44,7	24 (100%)	4,0	16,7	24 (100%)	8,0	33,3	28 (100%)	9,0	32,1	216 (100%)	91,0	42,0
Avaliação do Grau de Incapacidade durante o acompanhamento do paciente.	32 (100%)	18,0	56,3	38 (100%)	20,0	52,6	12 (100%)	4,0	33,3	12 (100%)	2,0	16,7	14 (100%)	6,0	42,9	108 (100%)	50,0	46,3

Quadro 24. Matriz de Análise e Julgamento para estabelecer o Grau de Implantação das ações do **Programa de Controle da Hanseníase (PCH)** nas USF – **Componente Processo** – nos cinco municípios de Pernambuco selecionados para este estudo, **após a intervenção do Programa SANAR**, quadriênio 2015 – 2018.

Continuação

Avaliação do Grau de Incapacidade na alta, por cura do paciente.	64 (100%)	28,0	43,8	76 (100%)	20,0	26,3	24 (100%)	0,0	0,0	24 (100%)	8,0	33,3	28 (100%)	12,0	42,9	216 (100%)	68,0	31,5
Identificação dos critérios para encaminhamento do paciente para a referência: 1) Reações Hansênicas; 2) Recidiva e 3) Efeitos adversos ao tratamento.	48 (100%)	42,0	87,5	57 (100%)	51,0	89,5	18 (100%)	6,0	33,3	18 (100%)	15,0	83,3	21 (100%)	16,0	76,2	162 (100%)	130,0	80,2
Busca Ativa de faltosos ao tratamento de hanseníase através de visita domiciliar.	64 (100%)	64,0	100,0	76 (100%)	76,0	100,0	24 (100%)	20,0	83,3	24 (100%)	24,0	100,0	28 (100%)	28,0	100,0	216 (100%)	212,0	98,1
Orientação aos pacientes de hanseníase para o autocuidado (olhos, mãos e pés).	64 (100%)	52,0	81,3	76 (100%)	72,0	94,7	24 (100%)	20,0	83,3	24 (100%)	24,0	100,0	28 (100%)	24,0	85,7	216 (100%)	192,0	88,9
Uso da ficha de referência e contrarreferência.	48 (100%)	3,0	6,3	57 (100%)	48,0	84,2	18 (100%)	6,0	33,3	18 (100%)	9,0	50,0	21 (100%)	11,0	52,4	162 (100%)	77,0	47,5
Σ	560 (100%)	357,0	63,7	665 (100%)	462,0	69,5	210 (100%)	106,0	50,5	210 (100%)	144,0	68,6	245 (100%)	166,0	67,7	1.890 (100%)	1.235,0	65,3
Educação em Saúde																		
Realização de atividades coletivas nas USF sobre prevenção e controle da hanseníase.	32 (100%)	17,0	53,1	38 (100%)	38,0	100,0	12 (100%)	4,0	33,3	12 (100%)	10,0	83,3	14 (100%)	9,0	64,3	108 (100%)	78,0	72,2
Realização de atividades educativas para controle da hanseníase, em parcerias com escolas, igrejas, associações e outros equipamentos sociais da comunidade.	32 (100%)	16,0	50,0	38 (100%)	32,0	84,2	12 (100%)	6,0	50,0	12 (100%)	6,0	50,0	14 (100%)	7,0	50,0	108 (100%)	67,0	62,0
Realização de reuniões sobre hanseníase entre a equipe de saúde, para a qualificação dos ACS no que se refere a sua abordagem nas visitas domiciliares.	48 (100%)	21,0	43,8	57 (100%)	48,0	84,2	18 (100%)	3,0	16,7	18 (100%)	14,0	77,8	21 (100%)	12,0	57,1	162 (100%)	98,0	60,5
Σ	112 (100%)	54,0	48,2	133 (100%)	118,0	88,7	42 (100%)	13,0	30,9	42 (100%)	30,0	71,4	49 (100%)	28,0	57,1	378 (100%)	243,0	64,3
Componente Processo Σ	1.072 (100%)	620,0	57,8	1.273 (100%)	917,0	72,0	402 (100%)	185,0	46,0	402 (100%)	290,0	72,1	469 (100%)	317,0	67,6	3.618 (100%)	2.329,0	64,4

PME = Pontuação Máxima Esperada; PO = Pontuação Observada; GI = Grau de Implantação; DG = Dimensão Global.

Fonte: A Autora

5.2.2.4 Componente Processo Antes e Após o Programa SANAR

Demonstra-se no Quadro 25, a Matriz Comparativa da Análise e Julgamento, Componente Processo, que permite observar a variação proporcional do Grau de Implantação do Programa de Controle da Hanseníase (PCH) antes e após a intervenção do Programa SANAR, nas USF dos cinco municípios de Pernambuco por subcomponente do Processo, na dimensão global (DG) e em cada município avaliado (dimensão unitária “DU”).

Quadro 25 Matriz Comparativa de Análise e Julgamento do Grau de Implantação das ações do **Programa de Controle da Hanseníase (PCH)** nas USF, antes e após a intervenção do Programa SANAR, quadriênio 2015 – 2018 – **Componente Processo** –, nos cinco municípios de Pernambuco selecionados para este estudo.

Componente Processo	PME (100%)	Antes do Programa SANAR		Após o Programa SANAR		Variação proporcional observada (%)
		PO	GI (%)	PO	GI (%)	
Vigilância Epidemiológica						
Jaboatão dos Guararapes	400	220,0	55,0	209,0	52,2	-2,8
Olinda	475	273,0	57,5	337,0	70,9	13,4
Ipojuca	150	34,0	22,7	66,0	44,0	21,3
Escada	150	67,0	44,7	116,0	77,3	32,6
Goiana	175	51,0	29,1	123,0	70,3	41,2
∑	1350	645,0	47,8	851,0	63,0	15,2
Assistência ao Paciente						
Jaboatão dos Guararapes	560	240,0	42,8	357,0	63,7	48,8
Olinda	665	393,0	59,1	462,0	69,5	17,6
Ipojuca	210	103,0	49,1	106,0	50,5	2,8
Escada	210	76,0	36,2	144,0	68,6	89,5
Goiana	245	79,0	32,2	166,0	67,7	110,2
∑	1.890	891,0	47,1	1.235,0	65,3	38,6
Educação em Saúde						
Jaboatão dos Guararapes	112	52,0	46,4	54,0	48,2	1,8
Olinda	133	115,0	86,5	118,0	88,7	2,2
Ipojuca	42	11,0	26,2	13,0	30,9	4,7
Escada	42	27,0	64,3	30,0	71,4	7,1
Goiana	49	22,0	44,9	28,0	57,1	12,2
∑	378	227,0	60,0	243,0	64,3	4,3
Dimensão Global						
Jaboatão dos Guararapes	1.072	512,0	47,8	620,0	57,8	20,9
Olinda	1.273	781,0	61,3	917,0	72,0	17,4
Ipojuca	402	148,0	36,8	185,0	46,0	25,0
Escada	402	170,0	42,3	290,0	72,1	70,4
Goiana	469	152,0	32,4	317,0	67,6	108,6
∑	3.618	1.763,0	48,7	2.329,0	64,4	32,2

Fonte: A Autora

Pode-se observar, na DG, que antes da intervenção do Programa SANAR o grau de implantação das ações do PCH – Componente Processo – encontrava-se “Parcialmente Implantado” em Olinda, com 61,3% da PME; na condição de “Implantação Insatisfatória” em Jaboatão dos Guararapes e Escada, respectivamente, com 47,8% e 42,3% da PME; e na condição de “Implantação Incipiente” em Ipojuca e Goiana, respectivamente, com 36,8% e 32,4% da PME. Após a intervenção do Programa SANAR a variação proporcional do Componente Processo foi positiva em todos os municípios avaliados, ocorrendo a maior elevação em Goiana (108,6%), e em seguida em Escada (70,4%), fazendo-os progredir para a condição “Parcialmente Implantada”, respectivamente, com 67,6% e 72,1% da PME. Em Olinda, apesar do aumento (17,4%), a condição “Parcialmente Implantada” foi mantida com 72,0% da PME. Em Ipojuca ascendeu para a condição de “Implantação Insatisfatória”, com 46,0% da PME (aumento de 25,0%) e em Jaboatão dos Guararapes permaneceu nesse grau de implantação com 57,8% da PME (aumento de 20,9%).

Apreciando-se a “variação proporcional observada” antes e após a intervenção do Programa SANAR, por município e subcomponente desta avaliação, percebe-se que: **(i) Jaboatão dos Guararapes** foi o único município onde se detectou variação proporcional “negativa” no subcomponente “Vigilância Epidemiológica” (-2,8%). No subcomponente “Educação em Saúde” foi o que obteve a menor variação proporcional “positiva” (1,8%). E no subcomponente “Assistência ao Paciente” foi, dentre os cinco municípios avaliados, a terceira maior variação proporcional (48,8%). Ao final do quadriênio estudado esse município manteve o grau de “Implantação Insatisfatória”. **(ii) Olinda** obteve variação proporcional positiva nos três subcomponentes avaliados: “Vigilância Epidemiológica” (13,4%), “Assistência ao Paciente” (17,6%), e “Educação em Saúde” (2,2%). Após a intervenção do Programa SANAR Olinda foi onde ocorreu, observando a DG das ações do PCH, a menor variação proporcional “positiva” (17,4%), permanecendo na condição “Parcialmente Implantada”. **(iii) Ipojuca** foi onde o subcomponente “Assistência ao Paciente” obteve a menor variação proporcional “positiva” (2,8%). Nos subcomponentes “Vigilância Epidemiológica” e “Educação em Saúde” esse município obteve, dentre os cinco municípios avaliados, a terceira maior variação proporcional “positiva”, respectivamente, 21,3% e 4,7%. Na DG das ações do PCH esse município progrediu do grau de “implantação Incipiente” para “Implantação

Insatisfatória”. **(iv) Escada** foi onde todos os subcomponentes atingiram a segunda maior variação proporcional positiva, na “Vigilância Epidemiológica” 32,6%; na “Assistência ao Paciente” 89,5%; e na “Educação em Saúde” 7,1%. Na DG das ações do PCH esse município foi o que obteve com a intervenção do Projeto SANAR a segunda maior variação proporcional “positiva” (70,4%), progredindo do grau de “Implantação Insatisfatória” para “Parcialmente Implantada”. **(v) Goiana** foi, dentre os cinco municípios avaliados, onde ocorreu a maior variação proporcional positiva em todos os subcomponentes: na “Vigilância Epidemiológica” 41,2%; na “Assistência ao Paciente” 110,2%; e na “Educação em Saúde” 12,2%. Na DG das ações do PCH esse município foi o que obteve com a intervenção do Projeto SANAR a maior variação proporcional “positiva” (108,6%), passando do grau de “Implantação Incipiente” para “Parcialmente Implantada”.

5.2.3 PCH – Componentes da Avaliação Após o Programa SANAR

No Quadro 26 a seguir, encontra-se a Matriz Final de Análise e Julgamento do Grau de Implantação das ações do Programa de Controle da Hanseníase nas USF dos cinco municípios de Pernambuco avaliados. Permite, numa visão panorâmica, observar os Componentes/Subcomponentes desta avaliação, identificando as potencialidades e fragilidades por município participante.

Após a intervenção do SANAR, o grau de implantação do PCH encontrava-se “Parcialmente Implantado” em Olinda, Escada e Goiana; e na condição de “Implantação Insatisfatória” em Jaboatão dos Guararapes e Ipojuca.

Na análise por componente desta avaliação, em Ipojuca o “Processo” encontra-se em maior fragilidade. Nos outros municípios a condição de implantação foi a mesma nos dois componentes desta avaliação. E na análise por subcomponente da Estrutura, a indisponibilidade de “materiais instrucionais considerados indispensáveis pelo PCH” foi o que obteve menor grau de implantação em Jaboatão dos Guararapes, Olinda e Ipojuca. Em seguida, a indisponibilidade de “materiais para assistência ao paciente” em Jaboatão dos Guararapes. E, por subcomponente do Processo, obteve “Implantação Insatisfatória”, a Vigilância Epidemiológica em Jaboatão dos Guararapes e Ipojuca; a Assistência ao Paciente em Ipojuca; e a Educação em Saúde em Jaboatão dos Guararapes e Goiana. Em Ipojuca este último subcomponente obteve grau de “Implantação Incipiente”.

Quadro 26. Matriz Final de Análise e Julgamento do Grau de Implantação das ações do Programa de Controle da Hanseníase (PCH) nas USF, de cinco municípios de Pernambuco participantes da intervenção do Programa SANAR, quadriênio 2015 – 2018.

Componentes da Avaliação	Jaboatão dos Guararapes		Olinda		Ipojuca		Escada		Goiana		Dimensão Global		Grau de Implantação
	PME (100%)	PO (%)	PME (100%)	PO (%)	PME (100%)	PO (%)	PME (100%)	PO (%)	PME (100%)	PO (%)	PME (100%)	PO (%)	
Apreciação da Estrutura													
Recursos Humanos	64	56 (87,5)	76	67,5 (88,8)	24	18,5 (77,1)	24	23 (95,8)	28	20,5 (73,2)	216	185,5 (85,9)	Implantado
Impressos	96	65 (67,7)	114	103 (90,4)	36	29 (80,6)	36	20 (55,6)	42	42 (100,0)	324	259 (79,9)	Parcialmente implantado
Materiais para Assistência ao Paciente	336	172 (51,2)	399	312 (78,2)	126	78,5 (62,3)	126	85,5 (67,9)	147	90,3 (61,4)	1.134	738,3 (65,1)	Parcialmente implantado
Materiais Instrucionais	32	3,5 (10,9)	38	14 (36,8)	12	3 (25,0)	12	9 (75,0)	14	12,5 (89,3)	108	42 (38,9)	Implantação incipiente
Componente Estrutura	528	296,5 (56,1)	627	496,5 (79,2)	198	129 (65,1)	198	137,5 (69,4)	231	165,3 (71,6)	1.782	1.182,8 (66,4)	Parcialmente implantado
Avaliação Processo													
Vigilância Epidemiológica	400	209 (52,2)	475	337 (70,9)	150	66 (44,0)	126	116 (77,3)	175	123 (70,3)	1.350	851 (63,0)	Parcialmente implantado
Assistência ao Paciente	560	357 (63,7)	665	462 (69,5)	210	106 (50,5)	210	144 (68,6)	245	166 (67,7)	1.890	1.235 (65,3)	Parcialmente implantado
Educação em Saúde	112	54 (48,2)	133	118 (88,7)	42	13 (30,9)	42	30 (71,4)	49	28 (57,1)	378	243 (64,3)	Parcialmente implantado
Componente Processo	1.072	620 (57,8)	1.273	917 (72,0)	402	185 (46,0)	402	290 (72,1)	469	317 (67,6)	3.618	2.329 (64,4)	Parcialmente implantado
Dimensão Global	1.600	916,5 (57,3)	1.900	1.413,5 (74,4)	600	314 (52,3)	600	427,5 (71,2)	700	482,3 (68,9)	5.400	3.511,8 (65,0)	Parcialmente implantado
Grau de Implantação	Implantação insatisfatória		Parcialmente implantado		Implantação insatisfatória		Parcialmente implantado		Parcialmente implantado		Parcialmente implantado		

Legenda: PME = Pontuação Máxima Esperada; PO = Pontuação Observada.

Fonte: Autora

6. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

6.1 TUBERCULOSE

Este estudo verificou, ao avaliar a “composição da força de trabalho das ESF para a execução das atividades do PCT”, que após a intervenção do SANAR a situação melhorou no município de Olinda (aumento de 13,5%) e foi mantida nos outros quatro municípios avaliados. Estudo realizado por CARVALHO et al. (2016) mostra que gradativamente as atividades na APS vêm sendo realizadas por equipes multiprofissionais e multidisciplinares, o que representa enorme avanço quanto ao alcance da integralidade e resolutividade das ESF.

Porém, no que se refere à “cobertura dos ACS nas microáreas” de abrangência das ESF visitadas, a situação é preocupante, visto que nos municípios estudados houve uma piora quanto a disponibilidade desses profissionais para a realização das ações de enfrentamento à TB em quatro dos cinco municípios estudados (redução de 7,7% em Jaboatão dos Guararapes; de 3,0% em Olinda; de 40,0% em Ipojuca; e de 6,7% em Goiana). Ou seja, o único município que ampliou a cobertura dos ACS nas microáreas foi Escada (aumento de 16,7%). Este fato pode ter relação com as mudanças na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), lançada pelo Ministério da Saúde, através da Portaria GM Nº 2.436 em 21 de setembro de 2017. A “nova PNAB” estabelece a revisão de diretrizes para a organização da APS no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse documento são reafirmados princípios das políticas anteriores, consolida-se conceitos, mas, principalmente, se propõe mudanças significativas nas composições e modalidades das ESF, dentre as quais destacam-se a possibilidade de redução do número de ACS, mudanças nas atribuições dos profissionais atuantes na APS e a não priorização da ESF do ponto de vista de incentivo financeiro (LACERDA E SILVA et al., 2020).

Desde a instituição da “nova PNAB” inúmeras críticas surgiram frente à desqualificação e sucateamento da ESF no país; porém, as implicações dessas mudanças na APS ainda não podem ser dimensionadas. Sabe-se que, essa intervenção na atuação das equipes neste nível da atenção à saúde, certamente representa uma grave falha na continuidade do cuidado integral, fragilidade da categoria profissional dos ACS, além do aprofundamento das desigualdades no que

se refere ao acesso da população ao sistema de saúde (MELO et al., 2018).

Dentre as medidas de prevenção e controle da TB destacam-se o diagnóstico precoce e o tratamento do paciente até a cura; sem, todavia, esquecer a importância das medidas de prevenção que incluem a vacinação com a BCG (Bacilo de Calmette Guérin), o tratamento da infecção latente pelo *M. tuberculosis* (ILTB) e o controle de contatos (BRASIL, 2011).

Na prática, as ações da vigilância epidemiológica e de assistência ao paciente estão interrelacionadas e englobam atividades estratégicas que visam o diagnóstico e tratamento precoce dos casos, medidas de quimioprofilaxia (ILTB) e orientações para quebra da cadeia de transmissão da doença, além do preenchimento adequado dos impressos e livros oficiais do PCT (Brasil, 2019).

No que se refere a instrumentalização das ESF, o presente estudo constatou que os “impressos considerados fundamentais para a otimização dos atendimentos de diagnóstico e acompanhamento dos casos de TB nas USF, e dos registros de informações preconizadas para assessoramento e monitoramento do PCT”, apesar de após a intervenção do Programa SANAR ter aumentado em todos os municípios avaliados (aumento de 11,9% em Olinda; de 17,0% em Jaboatão dos Guararapes; de 47,0% em Ipojuca; e de 64,9% em Escada e Goiana), ainda se faz necessário que sua distribuição seja intensificada para plena execução e documentação das ações. Quanto a “atualização e envio mensal do Boletim de Acompanhamento dos Casos de Tuberculose pela USF”, conforme pode ser verificado nos resultados desse estudo, ao final do quadriênio estudado dois municípios tinham essa atividade “implantada” (Olinda com 95,2% da PME e Escada 83,3% da PME). Em Ipojuca encontrava-se “Parcialmente Implantada” (com 66,7% da PME) e em Jaboatão dos Guararapes e Goiana na condição de “Implantação Insatisfatória” (com 50,0% da PME). Portanto, ficou evidenciado a necessidade de implementar esse indicador permitindo que informações cruciais sejam monitoradas para o êxito do PCT. TOMBERG, SPAGNOLO, VALERÃO, MARTINS E GONZALES (2019) pontuam que os livros de registro permitem o acompanhamento e monitoramento do processo de detecção dos casos de tuberculose, mas que a despeito de sua importância, pesquisas operacionais evidenciam fragilidades quanto a utilização desse recurso pelos profissionais da ESF; além de falta de legibilidade, incompletudes e ausência de informações relevantes. Referem que os profissionais apontam como entrave, o tempo investido nessas “atividades burocráticas de preenchimento dos impressos” e

apontam como possível solução a utilização de sistemas informatizados. Segundo esses autores, outra dificuldade relatada pelos profissionais da ESF no que se refere ao preenchimento desses materiais é a multiplicidade de impressos preconizados por cada programa no âmbito do PNAB e somando-se a isso, a sobrecarga de usuários por equipe de saúde devido à falta de expansão da ESF nos municípios. WYSOCKI, PONCE, BRUNELLO, BERALDO, VENDRAMINI, SCATENA, NETTO E VILLA (2017) referem que o desempenho insatisfatório desse indicador as vezes está associada ao fato de essa atividade se encontrar centralizada e, portanto, sob a posse de um único profissional, havendo falta de articulação e responsabilização entre os membros da equipe, pelo entendimento equivocado de que se trata de uma atividade meramente burocrática, não prioritária e secundária, o que acarreta prejuízos na qualificação do processo de trabalho, comprometendo a integralidade do cuidado dos pacientes. De acordo com LAGUARDIA, DOMINGUES, CARVALHO, LAUERMAM, MACÁRIO E GLATT (2004) o Sinan foi concebido com o intuito de armazenar, de forma padronizada através da alimentação dos instrumentos, as informações das doenças de notificação compulsória. Ao ser regulamentado por meio de Portaria Ministerial, em 1998, tornou-se obrigatória a alimentação regular da base de dados pelos Estados e Municípios. BARTHOLOMAY, OLIVEIRA, PINHEIRO E VASCONCELOS (2014) destaca em seu estudo a importância da alimentação regular das informações sobre a tuberculose no Sinan, visto que se trata da principal fonte de informação para a vigilância da tuberculose. E alerta quanto a má qualidade dessas informações, que constitui uma importante limitação para a análise dos dados desses sistemas de informação, pois pode ocasionar avaliações equivocadas e assim comprometer o processo decisório.

Com relação a “disponibilidade dos materiais instrucionais sobre diagnóstico e vigilância da tuberculose”, este estudo constatou progresso de sua distribuição às ESF, em quatro dos cinco municípios avaliados (aumento de 232,4% em Olinda; de 200,0% em Escada; de 89,9% em Goiana; e de 22,1% em Ipojuca), assinalando, todavia, a necessidade de ampliar sua distribuição a fim de fazer com que todos os materiais estejam disponíveis, e em todas as USF do município. Essa recomendação deve ser observada principalmente em Jaboatão dos Guararapes onde se constatou redução de 37,0% de USF que disseram ter disponíveis os materiais instrucionais recomendados para a boa prática do PCT. A falta de impressos preconizados pelo PCT foi igualmente evidenciada por TOMBERG,

SPAGNOLO, VALERÃO, MARTINS E GONZALES (2019), que também demonstraram fragilidades na utilização desses instrumentos operacionais. Esses autores lembram que o enfrentamento da TB requer uma série de atividades estratégicas interligadas, que vão desde a busca ativa, acolhimento dos casos suspeitos, investigação clínica até o tratamento e acompanhamento dos pacientes; sendo para isso fundamental o envolvimento de diversos serviços de saúde. Nesse contexto, a utilização dos instrumentos permite uma comunicação ágil e eficaz na rede de atenção à saúde, a fim de promover a continuidade das ações e coordenação do cuidado pela APS (TOMBERG et al., 2019).

Com relação ao envolvimento de diversos serviços de saúde, o presente estudo constatou que antes do Programa SANAR 100,0% das USF de Ipojuca e Escada já possuíam serviço de referência secundária para encaminhamento dos casos suspeitos ou confirmados da TB com indicação de avaliação por especialista; e que após o SANAR essa condição foi estabelecida em Olinda. Constatou ter ocorrido grande progresso em Goiana, que de nenhuma USF termina o quadriênio com 83,3% das USF contando com serviço de referência secundária estabelecido pelo município; todavia, em Jaboatão dos Guararapes, se verificou o contrário, houve redução passando de 95,5% para 86,4% das USF contando com esse serviço. Todavia, o presente estudo também constatou, que após o SANAR a comunicação entre as USF e os serviços de referência secundária permaneceu bastante precária. Ou seja, nos municípios de Jaboatão dos Guararapes, Ipojuca e Escada a “Ficha de referência e contrarreferência” continuou sem ser usada; e nos municípios de Olinda e Goiana, embora tenha sido constatado algum progresso, a situação encontrava-se na condição de “Implantação Insipiente”, com apenas 38,1% das USF em Olinda e 16,7% em Goiana usando a ficha de referência e contrarreferência. Essa ocorrência provavelmente relaciona-se ao fato de o PCT não possuir nenhum impresso padronizado para tal finalidade, ficando a cargo de cada município a criação, divulgação e implantação desse instrumento.

O PNCT estimula a reorganização da rede do sistema de saúde através da descentralização do diagnóstico dos casos de TB, evitando que os pacientes sejam diagnosticados nos serviços de alta e média complexidade (referência terciária e secundária respectivamente), porém, devido a enorme carga de estigma social e preconceito associado à doença, ainda hoje muitos pacientes se recusam a procurar as USF quando estão com sinais e sintomas sugestivos da tuberculose (TOUSO et

al, 2014; PORTO, 2007).

A detecção precoce dos casos da doença, através da “busca ativa de Sintomáticos Respiratórios (SR)”, e início precoce do tratamento são atividades essenciais para o sucesso das ações da vigilância epidemiológica de controle da TB enquanto problema de saúde pública (Brasil, 2019). SR é toda pessoa que, durante a estratégia programática de busca ativa, apresenta tosse por três semanas ou mais, devendo ser investigada para tuberculose através de exames bacteriológicos (Brasil, 2019). Neste estudo, as ações de busca ativa de SR nas USF avaliadas continuaram bastante precárias mesmo após a intervenção do Programa SANAR. Ao final do quadriênio estudado, em Escada nenhuma USF estava realizando essa atividade; em Goiana o percentual de USF manteve-se em 16,7%; em Ipojuca e Jaboatão dos Guararapes, apesar do aumento observado, havia apenas, respectivamente, 8,3% e 4,5% USF realizando essa atividade; e em Olinda houve queda no percentual de USF que realizava busca ativa de SR, de 15,9% para 11,1%. Outro indicador operacional desta ação seria o preenchimento adequado do livro de Registro dos SR no Serviço de Saúde, que diante do exposto dispensa comentário.

OLIVEIRA et al. (2011) observaram em seu estudo, realizado num município paulista, que uma parte considerável dos casos de TB foram diagnosticados em unidades de saúde e hospitais distantes de suas residências. Esses autores destacam que um dos fatores que pode levar esses pacientes a procurarem assistência fora de sua área de abrangência é justamente o medo de que pessoas do seu convívio social e familiar possam descobrir o seu problema de saúde, o que enfatiza a enorme carga estigmatizante da tuberculose. BARTHOLOMAY et al. (2016) destacam que, no Brasil, a busca de casos de tuberculose ainda é passiva em sua maioria. Ou seja, é o próprio paciente quem tem a iniciativa de procurar o serviço de saúde, apesar do PNCT recomendar a realização da busca ativa de casos pelos três níveis de atenção à saúde, destacando o papel da APS enquanto porta de entrada dessa Rede de Atenção à Saúde, e a atuação dos ACS nessa atividade dentro da comunidade. No estudo de OLIVEIRA et al. (2011) apenas 3% dos casos diagnosticados foram encontrados mediante realização da busca ativa de SR. No estudo de RODRIGUES E CARDOSO (2010), realizado no estado do Pará, 72% dos casos de TB não foram identificados na APS, o que demonstra a falta de priorização na busca de SR dentre as atividades das USF. OLIVEIRA et al (2011) enfatizam que a taxa de cura da tuberculose está intimamente relacionada à

precocidade do diagnóstico da doença, e conseqüentemente, do tratamento. Segundo a OMS esse entrave ainda persiste devido ao modo como os serviços de saúde se organizam para detectar os casos, uma vez que métodos de diagnóstico e esquemas terapêuticos já estão bem definidos. A busca ativa é uma atividade fundamental, também, para os casos de tuberculose que não aderem corretamente ao esquema terapêutico da TB (faltosos). O elevado número de “faltosos” tem se constituído fator crítico no surgimento de novos casos de TB com algum tipo de resistência medicamentosa. Portanto, a estratégia de busca ativa dos casos faltosos é de alta relevância para se evitar os casos futuros de tuberculose multirresistente (TBMR) (VIANA, REDNER, RAMOS, 2017). No presente estudo, no que se refere à busca ativa de faltosos ao tratamento de TB através de visita domiciliar, todos os municípios apresentaram essa atividade como implantada – em 100,0% das USF de Olinda (desde a visita de assessoramento, antes da intervenção do SANAR); de Ipojuca e de Escada (que conseguiram a totalidade das USF ao final do quadriênio estudado). Nos outros dois municípios, apesar dessa atividade se manter na condição “Implantada”, houve queda de 14,3% em Jabotão dos Guararapes e de 16,7% em Goiana. BARTHOLOMAY et al. (2019), considerando a carga da doença, destacam que embora a OMS não considere o Brasil dentre os países prioritários para o controle da TBMR, a detecção desses casos é um desafio para o país.

Além da “busca ativa de faltosos ao tratamento de TB através de visita domiciliar”, a importância da “supervisão do tratamento do paciente até a cura” é tão essencial para o controle da TB, que quatro outros indicadores são contemplados no PNCT – a realização do tratamento diretamente observado (TDO) referido pela ESF; a utilização adequada da Ficha de Controle do TDO; a realização do TDO pelas ESF com registro no Livro de Acompanhamento ou Sinan; e o preenchimento adequado do Livro de Registro e Acompanhamento do Tratamento dos Casos de Tuberculose – (BRASIL, 2019).

No Brasil os “medicamentos antituberculose” não podem ser comercializados, são garantidos pelo PNCT e amplamente distribuídos de forma gratuita no SUS, sendo necessário apenas a formalização do registro do caso através do preenchimento da Ficha Individual de Notificação (RABAHI et al., 2017). Apesar do exposto, este estudo registrou que antes do SANAR em apenas dois dos cinco municípios estudados (Escada e Goiana) 100,0% das USF afirmaram que disponibilizavam os fármacos para tratamento da tuberculose (esquema básico-

RHZE) em tempo oportuno (até 07 dias) aos portadores de TB. Após o SANAR esse padrão de qualidade foi mantido nesses municípios. Este estudo também constatou que após o SANAR houve aumento dessa diretriz em Ipojuca (de 24,9% atingindo 83,3% das USF) e em Olinda (de 2,7% atingindo 90,5% das USF); e que em Jaboatão dos Guararapes, ao contrário, houve queda de 2,2% no número de USF que afirmaram que o esquema básico-RHZE era disponibilizado ao usuário em tempo oportuno. Contudo, nesse município 95,5% das USF referiram que observam essa diretriz. Esses resultados certamente demonstram a falta de planejamento e priorização por parte da gestão, seja das USF e/ou municipal, esquecendo que o retardo no início do tratamento da TB é fator crucial para a disseminação dos casos da doença na sociedade, visto que o tratamento precoce dos casos bacilíferos é atividade prioritária de combate à doença, pois o esquema terapêutico assim que iniciado reduz rapidamente as cepas e fontes de infecção. DA SILVA JR. (2004) pontua ser competência de os serviços de saúde prover aos seus usuários os meios necessários para garantir que todos os casos de TB diagnosticados tenham acesso ao tratamento adequado, em tempo oportuno.

Apesar do TDO ser considerado a estratégia “padrão ouro” para o sucesso do esquema terapêutico da tuberculose (Brasil, 2019), o presente estudo constatou situação bastante preocupante. Após a intervenção do SANAR as três atividades do TDO acima referidas estavam sendo realizadas em apenas 13,6% das USF de Jaboatão dos Guararapes; em apenas 16,7% das USF de Ipojuca; em apenas 33,3% das USF de Olinda; em apenas 41,7% das USF de Goiana; e em 66,7% das USF de Escada. Com relação ao preenchimento adequado do “Livro de Registro e Acompanhamento do Tratamento dos Casos de Tuberculose”, o presente estudo verificou que após o Programa SANAR houve queda na observância dessa diretriz em três dos cinco municípios avaliados (queda de 28,1% em Jaboatão dos Guararapes; queda de 20,1% em Ipojuca; e queda de 12,6% em Goiana), e elevação de 63,5% em Olinda e de 99,8% em Escada. Esses dois municípios foram os que obtiveram a “implantação” dessa atividade, com 85,7% e 83,3% respectivamente. CLEMENTINO et al. (2016), em seu estudo de avaliação do PCT na perspectiva do PMAQ, realizado na região Nordeste, referem que 49% das unidades de saúde da APS não conheciam ou não sabiam responder a respeito da realização do TDO em seu local de trabalho. Esses autores também destacam o abandono do tratamento como um elemento crucial que impossibilita o controle da

TB, estando atrelados a isso inúmeros fatores complexos, associados ao portador da doença e a operacionalização do tratamento pelo PCT; e que a relação construída entre profissional e paciente mostra-se como fator potencializador das práticas de cuidado, autocuidado e corresponsabilização com e para com o sujeito acometido pela TB. CECILIO E MARCON (2016) também identificaram dificuldades referentes a realização do TDO na APS, destacando o argumento da “falta de tempo” do enfermeiro por estar sobrecarregado e do médico por não conseguir dar conta da sua demanda. E, quanto as atividades dos ACS, referem que nem todas as equipes da APS possuem esse profissional, e quando o possui em quantidade suficiente nem sempre estão qualificados para realizar essa atividade. TESSER et al. (2018) referem a necessidade de ampliar a cobertura da APS através da ESF; e de diminuir a população adscrita de cada equipe, a fim de melhorar a execução das ações preconizadas.

A “investigação da tuberculose latente através da prova tuberculínica” é uma atividade essencial para a quebra da cadeia de transmissão e controle da doença, visto que permite a identificação de pacientes com a bactéria em latência, e através da quimioprofilaxia evita o surgimento de novos casos de TB ativa (DESSUNTO et al., 2013). Este estudo evidenciou que o acesso a realização da Prova Tuberculínica encontrava-se “implantada” antes da intervenção do SANAR em todos os municípios avaliados (em 100,0% das USF de Ipojuca, Escada e Goiana; em 95,2% das USF de Olinda e em 81,8% das USF de Jaboatão dos Guararapes). Após o SANAR, os municípios de Escada e Goiana mantiveram o padrão de qualidade desta atividade; houve melhora em Jaboatão dos Guararapes (11,1% de aumento, passando para 90,9% as USF que executam essa atividade) e Olinda (5,0% de aumento, atingindo 100,0% das USF); ocorrendo o contrário em Ipojuca, cuja queda na pontuação de 16,7% o fez sair da condição ideal para 83,3% das USF realizando essa atividade.

Uma vez diagnosticados, “os portadores de Infecção Latente pelo *M. Tuberculosis* (ILTB) devem receber o tratamento profilático com a isoniazida” em até 07 dias (tempo oportuno) (Brasil, 2019). De acordo com DUARTE; VILLAR E CARVALHO (2010) o diagnóstico e tratamento da ILTB fazem parte de uma estratégia importante para a eliminação da TB, prevenindo casos futuros visto que reduz significativamente o risco de desenvolvimento da TB ativa, e conseqüentemente, a transmissão da doença na comunidade. Segundo ANTON et al. (2019) a monoterapia com a Isoniazida continua sendo o tratamento de escolha

mundialmente reconhecido. Esses autores referem, que estudos clínicos demonstraram uma redução de, em média, 60% dos casos de TB ativa, podendo chegar a, até, 90% em caso de adesão adequada ao tratamento. Com relação à observância dessa diretriz, os resultados do presente estudo são bem preocupantes. Após a intervenção do Programa SANAR foi observado progresso no percentual de USF que afirmaram que disponibilizam esse tratamento oportunamente aos portadores de ILTB em três dos cinco municípios avaliados (Jaboatão dos Guararapes, Ipojuca e Escada), chegando, todavia, à apenas 20,5% em Jaboatão dos Guararapes (aumento de 50,7%); e 16,7% em Ipojuca e Escada (antes do SANAR, nenhuma USF desses municípios disponibilizavam esse tratamento em tempo oportuno). Em Olinda e Goiana houve redução na observância dessa diretriz – em Olinda, ao final do quadriênio estudado a isoniazida estava sendo disponibilizada em tempo oportuno em 54,8% das USF (queda de 14,8%) e em Goiana, que antes do SANAR 33,3% das USF afirmaram observar essa diretriz, após o SANAR todas as USF disseram que não disponibilizavam a isoniazida aos portadores de ILTB em até 07 dias –.

No Brasil, o MS enfatiza a importância do número de doses tomadas e não somente o tempo de tratamento (180 doses num período de 6 a 9 meses ou 270 doses entre 9 a 12 meses) (Brasil, 2019). Segundo SILVA; SOUSA E SANT'ANNA (2014) uma das dificuldades relacionadas ao acompanhamento do tratamento da ILTB é a falta de notificação do início e progressão do tratamento, o que impossibilita a realização de avaliações e estudos sobre os possíveis efeitos adversos, interrupções e desfecho do tratamento. Outro entrave relacionado ao tratamento para ILTB refere-se à adesão dos pacientes ao esquema terapêutico devido aos efeitos colaterais da medicação. Segundo DUARTE; VILLAR E CARVALHO (2010), o efeito colateral mais importante é a toxicidade hepática, risco que aumenta com a idade e consumo de bebidas alcoólicas, principalmente nos primeiros três meses de tratamento. SILVA; SOUSA E SANT'ANNA (2014) destacam, dentre as dificuldades referentes a realização e continuidade do tratamento da ILTB, a necessidade de reorganização operacional do acompanhamento desse tratamento, visto que o PNCT não indica a realização do tratamento diretamente observado para os portadores de ILTB, ficando a cargo do próprio paciente ou de algum familiar que, muitas vezes, também está em tratamento para ILTB ou TB ativa. E que, portanto, encontra-se fragilizada a supervisão da tomada desse medicamento. CÉZAR (2012)

afirma que o manejo frente a esses casos tem sido bastante revisto nos últimos anos no Brasil, e que apesar da ILTB não ser uma atividade priorizada pelo PNCT houve, sim, algum avanço quanto a padronização da conduta a ser adotada frente a esses pacientes.

A “radiografia de tórax” é um método diagnóstico de suma importância na investigação da doença. É indicado para todos os pacientes com sintomatologia sugestiva de TB pulmonar, além dos contatos dos casos de tuberculose (Brasil, 2019). Com relação a disponibilidade de Raios-X em funcionamento no Município, e o retorno do resultado desse exame em tempo oportuno (até 07 dias), este estudo evidenciou que antes do Programa SANAR esse exame estava à disposição de todas as USF de três dos cinco municípios estudados (Olinda, Ipojuca e Escada); e que após o SANAR esta condição foi alcançada em Jaboatão dos Guararapes, e ficou inalterada em Goiana (disponível para 83,3% das USF avaliadas). Todavia, com relação ao recebimento do resultado em tempo oportuno, o município de Escada já observava essa diretriz antes do SANAR e após a intervenção desse Programa essa meta também foi alcançada em Ipojuca. Nos demais municípios houve aumento no percentual de USF que disseram receber o resultado dos Raios-X em até 07 dias – em Goiana essa diretriz estava sendo observada em 83,3% das USF; mas, em Jaboatão dos Guararapes e Olinda, o aumento constatado não conseguiu retirar esses municípios da condição de “Implantação Insipiente”, verificando-se respectivamente, que apenas 22,7% e 38,1% das USF recebiam o resultado desse exame em até 07 dias –. ANDRADE et al. (2017) também encontraram insuficiência quanto ao tempo de entrega dos resultados das radiografias de tórax.

A “pesquisa bacteriológica” é de importância fundamental em adultos, tanto para o diagnóstico quanto para o controle de tratamento da TB (Brasil, 2008). Resultados bacteriológicos positivos confirmam a tuberculose ativa em pacientes com quadro clínico e/ou radiológico sugestivo de TB, e em sintomáticos respiratórios identificados através da busca ativa (Brasil, 2019). Dentre os métodos de pesquisa bacteriológica para detecção do *Mycobacterium tuberculosis* tem-se a baciloscopia direta no escarro (pesquisa microscópica direta do bacilo álcool-ácido resistente – BAAR), que quando executada corretamente em todas as suas fases, permite detectar de 60% a 80% dos casos de TB pulmonar em adultos, o que é importante do ponto de vista epidemiológico, já que os casos com baciloscopia positiva são os

maiores responsáveis pela manutenção da cadeia de transmissão. Esse exame também é indicado para acompanhamento e controle de cura em casos pulmonares com confirmação laboratorial (Brasil, 2019). Outros métodos de pesquisa bacteriológica são: o teste rápido molecular para TB (TRM-TB, GeneXpert®). Esse exame pode ser realizado em amostras de escarro, lavado broncoalveolar, lavado gástrico, líquido, gânglios linfáticos e outros tecidos (Brasil, 2019); a cultura para micobactéria (a cultura do escarro é empregada nos casos pulmonares com baciloscopia negativa, por ser um método de elevada especificidade e sensibilidade no diagnóstico da TB, podendo aumentar em até 30% o diagnóstico bacteriológico da doença); a identificação da espécie, feita por métodos bioquímicos e fenotípicos ou por meio de técnicas moleculares; e o Teste de Sensibilidade aos antimicrobianos utilizados no tratamento da TB (Brasil, 2019).

Dada a grande importância da pesquisa bacteriológica, o PNCT monitora sua observância através de sete indicadores operacionais. O primeiro deles é a “disponibilidade de potes plásticos para coleta do escarro” visando a realização de exames laboratoriais diagnósticos e/ou de acompanhamento (BAAR, TRM-TB, Cultura, Teste de Sensibilidade) nas USF. Este estudo observou que houve melhora após a intervenção do Programa SANAR em todos os municípios participantes deste estudo, chegando sua disponibilidade a 100,0% das ESF em três dos cinco municípios avaliados (Olinda, Escada e Goiana); necessitando ser implementada em Jaboatão dos Guararapes (estava disponível em 95,5% das USF) e Ipojuca (estava disponível em 83,3% das USF). NÓBREGA et al. (2010) comentam que a disponibilização dos insumos tais como potes plásticos para coleta do escarro, condições adequadas de coleta, armazenamento e transportes das amostras, além das informações laboratoriais e dos sistemas de informação, são fatores determinante para a investigação adequada dos casos suspeitos de TB, devendo o serviço de saúde assumir a responsabilidade dessas ações a fim de garantir a continuidade da atenção.

E, com relação ao segundo indicador operacional do PNCT relacionada a pesquisa bacteriológica, o estabelecimento do “Fluxo de recolhimento de amostras de escarro para diagnóstico de TB”, o presente estudo constatou que antes do Programa SANAR já se encontrava “implantado” em Jaboatão dos Guararapes (81,8% das USF avaliadas), em Olinda (95,2% das USF avaliadas) e Goiana (83,3% das USF avaliadas). Em Ipojuca e Escada o fluxo de recolhimento de amostras de

escarro não estava estabelecido em nenhuma USF avaliada. Após o SANAR o município de Goiana ampliou esta atividade atingindo a totalidade das USF avaliadas; Em Ipojuca e Escada 33,3% das USF estabeleceram essa diretriz; em Olinda não houve mudança no número de USF com fluxo de recolhimento de amostras de escarro estabelecido, e em Jaboatão dos Guararapes o acréscimo de USF observando essa diretriz foi de 5,6% (86,4% das USF). TOMBERG et al. (2019) destacam que, na detecção precoce dos casos para o controle da doença, exista funcionando adequadamente, um fluxo de atendimento que vai desde a identificação do SR, coleta de material para realização do diagnóstico bacteriológico até o acompanhamento dos resultados, monitoramento dos pacientes e comunicantes. Destacam, ainda, que a agilidade e efetividade desse fluxo de detecção é essencial, visto que se trata de uma doença infectocontagiosa.

Com relação aos três indicadores operacionais do PNCT relacionados a concretização das ações de diagnóstico nos portadores de TB, o presente estudo constatou que, após o Programa SANAR, a “confirmação bacteriológica dos casos TB”, apesar de ter aumentado em quatro municípios (Jaboatão dos Guararapes, Ipojuca, Escada e Goiana), continuou na condição de “Implantação Incipiente” em Ipojuca (25,0% dos casos); de “Implantação Insatisfatória” em Escada (50,0% dos casos); e “Parcialmente Implantada” em Jaboatão dos Guararapes (69,3% dos casos) e Goiana (66,7% dos casos). Em Olinda houve queda de 12,9%, registrando-se a confirmação da TB pela baciloscopia e/ou cultura em 63,1% dos casos (“Parcialmente Implantada”). E, com relação ao “percentual de casos de tuberculose em tratamento que realizam baciloscopia de acompanhamento mensal”, a situação observada após a intervenção do SANAR é ainda mais preocupante. Houve aumento em Goiana (passou de 16,7% para 75,0% dos casos TB) e Ipojuca (passou de 8,3% para 33,3% dos casos TB); e queda nos outros três municípios, se verificando que foram acompanhados com esse exame 50,0% dos pacientes de Jaboatão dos Guararapes; 42,9% dos pacientes de Olinda; e em Escada nenhum caso TB havia realizado baciloscopia de acompanhamento mensal. No que se refere ao recebimento do “Resultado da baciloscopia de escarro em tempo oportuno (até 07 dias)”, este estudo observou após o SANAR progresso em quatro municípios – em Ipojuca e Escada, onde esta ação encontrava-se “Não Implantada”; e em Jaboatão dos Guararapes e Goiana, onde esta ação encontrava-se na condição de “Implantação Insipiente”. Em Jaboatão dos Guararapes essa ação manteve-se na

condição de “Implantação Insipiente” com apenas 24,2% da baciloscopia de escarro chegando em tempo oportuno; em Ipojuca e Escada ascenderam para o grau de “Implantação insipiente”, respectivamente, com 11,1% e 38,9% dos resultados do referido exame sendo recebido em até 07 dias. Em Goiana houve o aumento de 140,0%, passando a posição de “Parcialmente Implantada”, com 66,7% dos exames chegando em tempo oportuno. A fragilidade dos serviços de apoio ao diagnóstico também foi demonstrada no estudo de ANDRADE et al. (2017), onde na maior parte dos casos estudados o tempo de entrega dos resultados da baciloscopia de escarro não foi oportuna. Os resultados encontrados no presente estudo também corroboram os evidenciados por SPAGNOLLO et al. (2018). Esses autores reportam que os profissionais participantes de sua pesquisa referiram dificuldades diante da inexistência de transporte das amostras até o laboratório, sendo este um fator dificultador na execução das ações de controle da TB, e destacam tal atividade como de responsabilidade da organização da rede municipal. RODRIGUES E CARDOSO (2010) destacam a importância da pesquisa bacteriológica enquanto método prioritário para o diagnóstico da tuberculose, uma vez que permite a identificação do caso bacilífero que representa a principal fonte de transmissão da doença.

O conhecimento, dos profissionais das ESF, a respeito dos “casos com indicação de realização de exame de cultura e teste de sensibilidade” é fator fundamental para a detecção oportuna de casos de tuberculose resistente, possibilitando tratamento eficaz e quebra da cadeia de transmissão da doença. Segundo ROCHA et al. (2008), o tratamento de casos de TBMR com o esquema básico da tuberculose é prejudicial ao paciente, uma vez que além de não promover a cura deste, poderá agravar a sua resistência medicamentosa ou potencializá-la para outros fármacos. No presente estudo, com relação aos indicadores operacionais do PNCT relacionada a pesquisa bacteriológica “Identificação dos critérios para solicitação de cultura” e “Resultado da cultura de escarro recebido em tempo oportuno (até 60 dias)”, foi evidenciado progresso com relação ao primeiro indicador, mas situação bastante preocupante em relação ao segundo. Ou seja, após a intervenção do SANAR, a “Identificação dos critérios para solicitação de cultura (Retratamento; Baciloscopia positiva a partir do 2º mês de tratamento; Casos HIV positivos; e Populações Especiais)” estava “Implantada” em Goiana e Escada (respectivamente, com 100,0% e 83,3% da PME); “Parcialmente Implantada” em

Olinda e Jaboatão dos Guararapes (respectivamente, com 76,2% e 61,4% da PME); e na condição de “Implantação Insipiente” em Ipojuca que progrediu da condição “Não Implantada” para 37,5% da PME. Quanto ao recebimento do “Resultado de cultura de escarro em até 60 dias”, após a intervenção do SANAR foi constatada que estava “Não implantada” em Ipojuca e Escada; e na condição de “Implantação Incipiente” nos outros três municípios – foram recebidas em tempo oportuno, em Olinda apenas 27,0% das culturas; em Goiana apenas 16,7% das culturas; e em Jaboatão dos Guararapes apenas 12,1% das culturas –.

FREIRE; BONAMETTI E MATSUO (2007) destacam o acompanhamento sistemático dos contatos de casos de tuberculose como uma medida de controle essencial para se evitar o surgimento de novos casos e surtos de TB na comunidade, uma vez que fornecem subsídios para realização de um diagnóstico precoce de infecção latente ou ativa pelo *Mycobacterium tuberculosis*. No PNCT dois indicadores operacionais da vigilância epidemiológica devem fazer o monitoramento dos contatos de casos de TB, o “uso adequado da ficha de controle de contatos de casos de tuberculose” e a “realização de exames nos contatos de casos de tuberculose ($\geq 70\%$ dos registrados na USF)”. O presente estudo constatou, após o Programa SANAR, que o uso adequado da ficha de controle de contatos de casos TB se encontrava “Implantada” apenas em Escada (com 83,3% das USF usando adequadamente essa ficha), e que os quatro outros municípios se encontravam na condição de “Implantação Incipiente”. GAZETTA et al. (2008) pontuam que o uso adequado da ficha de controle de contatos de casos de TB permite a identificação e acompanhamento dos contactantes de tuberculose, além do registro desses dados em sistema de informação padronizado, se constituindo uma das medidas importantes de vigilância desses comunicantes para o controle da TB. Quanto a “realização de exames nos contatos de casos TB”, após o SANAR essa atividade se encontrava “Implantada”, com 83,3% dos contatos de casos TB examinados, em Escada (aumento de 24,9%) e Goiana (aumento de 398,8%). Em Ipojuca, evoluiu para a condição de “Implantação Insatisfatória” (de 16,7% para 50,0% dos contactantes de TB examinados - aumento de 199,4%); e nos outros dois municípios houve redução no percentual de contatos de casos TB examinados (de 16,5% em Jaboatão dos Guararapes e de 11,2% em Olinda). Esses resultados corroboram a afirmativa de GAZETTA et al. (2008), quando referem que, apesar de vários órgãos de saúde do país e do mundo reconhecerem a importância da vigilância dos

contactantes de tuberculose para o diagnóstico precoce, definição do caso índice bacilífero e diminuição da disseminação da doença, na prática ainda se observa a falta de implantação dessa estratégia na rotina das unidades de saúde.

Em virtude do alto índice de associação das infecções TB-HIV, com consequente aumento da mortalidade nessa população, o PNCT preconiza que toda pessoa com tuberculose confirmada realize o teste de HIV (Brasil, 2019). A observância dessa diretriz é monitorada a partir de dois indicadores o “Percentual de casos de tuberculose testados para HIV ($\geq 75\%$)”; e a “Entrega dos resultados de teste de HIV para os casos de tuberculose em tempo oportuno (até 30 dias)”. No presente estudo foi verificado que os municípios ainda precisam intensificar os esforços para a devida investigação dessa coinfeção nas USF, visto que após a intervenção do Programa SANAR apenas dois dos cinco municípios estudados apresentaram esse indicador “implantado” (Escada, com 100,0% e Jaboatão dos Guararapes com 93,2% dos casos de TB investigados). Em Olinda e Goiana o percentual de casos TB testado para o HIV caiu, respectivamente, 13,3% e 33,3%. Em Ipojuca progrediu de 33,3% para 66,7% (aumento de 100,3%) requerendo, portanto, maiores esforços. Com relação a “entrega dos resultados do teste de HIV em tempo oportuno”, esta atividade encontra-se “Implantada” em todos os cinco municípios avaliados, com 100,0% dos casos testados recebendo o resultado em tempo oportuno nos municípios de Goiana, Escada e Ipojuca. Este fato certamente está relacionado a política de descentralização do diagnóstico de HIV para as USF, utilizando os testes rápido para HIV. ZAMBENEDETTI e SILVA (2016) também em seu estudo referem que, o advento dos testes rápidos para HIV possibilitou o diagnóstico descentralizado dessa infecção nas USF, com obtenção do resultado em apenas 30 minutos, representando um enorme avanço frente a investigação da coinfeção TB-HIV na APS.

A “vacina BCG” previne as formas mais graves de tuberculose, devendo ser administrada no nascimento da criança em uma única dose (PEREIRA et al., 2007). Segundo ARROYO et al. (2020) a imunização é a intervenção custo-efetiva mais relevante para o controle global de doenças infectocontagiosas. Este estudo evidenciou que antes do Programa SANAR 100,0% das USF de três dos municípios avaliados (Ipojuca, Escada e Goiana) referiram ter acesso a BCG; e após o SANAR as USF de todos os municípios estudados afirmaram disponibilidade da vacina BCG.

Para o enfrentamento dos diversos agravos à saúde encontrados nas

comunidades vinculadas às ESF, a “educação permanente em saúde” torna-se estratégia fundamental. Segundo SILVA et al., 2017, a “educação permanente em saúde” está vinculada ao desenvolvimento de propostas educativas que (re)signifiquem o processo de trabalho, permitindo-se estabelecer reflexões e problematizar a realidade dos serviços de saúde. Neste estudo, constatou-se piora na implantação das ações de educação em saúde nos municípios avaliados, sejam relacionadas à realização de atividades coletivas nas USF sobre prevenção e controle da TB; sejam relacionadas as ações estratégicas em parceria com os diversos equipamentos sociais da comunidade. Antes da intervenção do Programa SANAR apenas dois municípios apresentavam a condição de implantação (Olinda e Escada), e após a intervenção do SANAR estes indicadores apresentaram a condição de implantação apenas no município de Olinda. Estudo realizado por D’ÁVILLA et al. 2018 revela que apesar de a “educação permanente em saúde” ser uma estratégia de transformação das práticas em saúde, a adesão do profissional se apresenta como um dos grandes desafios para sua efetivação.

6.2 Hanseníase

Os resultados das ações de implementação das recomendações do MS frente aos casos de hanseníase desenvolvidas pelo Programa SANAR, contribuíram nos cinco municípios avaliados conforme pode ser observado na dimensão global deste estudo. Porém, ainda se faz necessário maiores esforços para o alcance das metas estabelecidas pelo PCH.

Por se tratar das mesmas USF que acompanham os casos de TB, de hanseníase, e outras ações atribuídas a esse nível de atenção, os resultados frente a composição da força de trabalho nessas USF são iguais aos já referidos ao se analisar as intervenções do SANAR para controle da TB. Ou seja, após a intervenção do Programa SANAR, verificou-se uma maior completitude do ponto de vista multiprofissional no que se refere aos profissionais de nível superior nessas USF. Porém, no que se refere aos ACS a cobertura se tornou mais precária. Um maior número de microáreas descobertas traz, conseqüentemente, maior sobrecarga de trabalho tanto para esses profissionais quanto para toda a equipe de saúde, comprometendo o desenvolvimento das ações de controle da hanseníase e de todas as outras ações desenvolvidas nas unidades de saúde da APS. Esse fato provavelmente explica a variação proporcional negativa nos municípios de Jaboaão

dos Guararapes (-5,4%), Ipojuca (-10,4) e Goiana (-1,8%), constatada no presente estudo ao comparar os indicadores relacionados a recursos humanos antes e após o SANAR. É consenso na literatura a importância da APS no controle na hanseníase, porém, a sobrecarga das ESF no número de família acompanhadas torna-se um entrave importante (LANZA et al., 2014). SAVASSI E MODENA (2015) destacam que o número de 1.947 pessoas é o máximo estimado para que uma equipe de APS consiga realizar todas as ações necessárias de prevenção e promoção, cura e reabilitação, porém, na prática, o que se verifica são números bem maiores. Segundo LANZA E LANA (2011) as ações de prevenção e controle da hanseníase devem estar descentralizadas nas unidades da APS, que contam com uma equipe multiprofissional, trabalham com o conceito de vigilância em saúde, e tem suas atividades voltadas para a resolutividade dos problemas em saúde mais frequentes em seu território. Desta forma, as USF surgem como a principal estratégia na integração das ações do PCH, por aproximar o portador de hanseníase da assistência à saúde. No presente estudo foi demonstrado que a busca ativa de sintomáticos dermatoneurológicos está sendo realizada em 85,5% das USF avaliadas. O menor percentual de USF realizando essa atividade (75,0%) foi observado no município de Jaboatão dos Guararapes. SILVA, RIBEIRO E OLIVEIRA (2016) se referem a estratégia do MS de descentralização das ações de controle da hanseníase através do diagnóstico e tratamento dos casos na própria USF, e destacam os agentes comunitários de saúde como elo entre a comunidade e a ESF, tendo papel importante na disseminação de informações e busca ativa de novos casos da doença.

O PNCH recomenda a utilização de impressos padronizados para a realização do registro das informações em saúde dos casos de hanseníase (BRASIL, 2010). Ao se comparar o indicador relacionado a esses impressos nas USF visitadas, antes e após a intervenção do Programa SANAR, constatou-se uma melhora quanto a sua disponibilidade em todos os municípios estudados. A menor variação positiva foi em Olinda (4,4%) e em seguida em Escada (19,5%), e a maior foi detectada em Goiana (33,3%). Porém, ainda se faz necessário investimentos frente a distribuição desses materiais, principalmente nos municípios que obtiveram menor variação positiva. Essa necessidade está estabelecida nos seguintes resultados observados após o SANAR: **(a)** apenas 47,5% das USF referiram usar a ficha de referência e contrarreferência. Esta situação encontra-se particularmente

preocupante em Jabotão dos Guararapes e Ipojuca, onde respectivamente, apenas 6,3% e 33,3% das USF referiram que utilizavam a referida ficha. Estudo publicado por LEAL et al. (2020) apresenta resultados que corroboram com esta pesquisa, visto que foi verificado que nas unidades de saúde da APS visitadas existe uma insuficiência de impressos preconizados pelo PNCH, como o formulário de vigilância dos contatos que só foi encontrado em 49% das USF visitadas. **(b)** o registro de todos os casos no livro de acompanhamento, por ser a principal fonte de informações dos pacientes, inclusive para o preenchimento mensal dos dados no Boletim de Acompanhamento que subsidiará a retroalimentação do Sinan (BRASIL, 2016), é considerada atividade essencial de vigilância dos casos de hanseníase. O presente estudo observou, com relação a essa diretriz, que apenas 61,1% das USF avaliadas estavam preenchendo adequadamente o livro de Registro e Acompanhamento do Tratamento dos Casos de Hanseníase, e que o menor percentual de USF preenchendo adequadamente o referido livro se deu em Jabotão dos Guararapes (37,5%) e Ipojuca (50,0%). **(c)** com relação a atualização mensal do Boletim de Acompanhamento dos Casos de Hanseníase, constatou sua observância em 68,5% das USF estudadas, com menor percentual de USF realizando essa atividade em Jabotão dos Guararapes (31,3%) e Goiana (42,9%). Em dois dos cinco municípios (Olinda e Escada) todas as USF estavam cumprindo essa diretriz. Uma dificuldade comumente relatada pelas ESF no que se refere ao preenchimento desses materiais é a multiplicidade de impressos preconizados por cada programa vinculado a PNAB. Somando-se a isso, a sobrecarga de usuários por equipe de saúde, devido à falta de expansão da ESF nos municípios (SORATTO et al., 2017). TESSER et al. (2018) referem que é necessário ampliar a cobertura da APS através da ESF, diminuindo a população adscrita a cada equipe, a fim de melhorar a execução das ações preconizadas.

LANZA et al. (2014) referem como principal estratégia para o controle da hanseníase no Brasil, ou seja, para que se alcance níveis endêmicos, a organização de uma rede de atenção à saúde com ações de detecção precoce dos casos. Para tanto, se faz necessário à aquisição e disponibilização, às USF e outras unidades de saúde da APS, de materiais e insumos básicos para diagnóstico e manejo clínico adequado e oportuno dos casos. Neste estudo, ao se comparar a disponibilidade de materiais (insumos e serviços) para diagnóstico e acompanhamento dos casos de hanseníase, antes e após a intervenção do Programa SANAR, se verificou que em

apenas um dos cinco municípios avaliados (Jaboatão dos Guararapes) a variação proporcional foi negativa (-0,8%). Todavia, a variação proporcional positiva assinalada nos demais municípios, como a verificada em Escada (aumento de 45,1%) não significa que não existe necessidade de manter e até ampliar os esforços para que se atinja o que se preconiza no PCH. Essa necessidade fica evidente na constatação de que apenas 43,2% dos casos de hanseníase foram diagnosticados nas USF avaliadas. Os menores percentuais (33,3% das USF) foram observados em Jaboatão dos Guararapes, Escada e Goiana. Em Olinda 56,1% e em Ipojuca 50,0% dos pacientes foram diagnosticados na USF. A dificuldade no diagnóstico da hanseníase na APS é um entrave bastante conhecido na literatura, onde vários autores reafirmam a insegurança dos profissionais médicos das USF frente a esta prática (SOUZA, FELICIANO E MENDES, 2015).

A hanseníase é uma doença de incubação prolongada, e que, portanto, pode permanecer assintomática ou oligo assintomática por longos períodos. A realização da busca ativa dos sintomáticos dermatoneurológicos é atividade essencial para o diagnóstico precoce dos casos, visto que a identificação tardia desses pacientes é crucial para a prevenção dos danos neurais permanentes e instalação das incapacidades físicas (SOUZA et al., 2010). Com relação a esta atividade, o presente estudo verificou que 85,5% das USF avaliadas realizam a busca ativa dos sintomáticos dermatoneurológicos. Em quatro dos cinco municípios deste estudo (Olinda, Ipojuca, Escada e Goiana) esta atividade encontrava-se “Implantada”. E, “Parcialmente Implantada” em Jaboatão dos Guararapes, com 75,0% das USF realizando a busca ativa dos sintomáticos dermatoneurológicos. LASTÓRIA E PUTINATTI (2004) destacam que a busca ativa dos sintomáticos dermatoneurológicos é recomendada no Programa da OMS para eliminação da hanseníase, como forma profilática da doença em áreas com alta prevalência. Essa atividade, que consiste no rastreamento de manchas suspeitas de hanseníase, promove a quebra do ciclo de transmissão da doença.

A hanseníase é um importante problema de saúde pública visto que a falta de tratamento oportuno e adequado leva a incapacidades físicas severas, comprometendo a execução das atividades cotidianas e, portanto, a autonomia dos pacientes. Visando evitar complicações mais severas algumas medidas, além da poliquimioterapia, se fazem necessárias. A realização de medidas de autocuidado apresenta-se como importante estratégia na prevenção dessas incapacidades físicas

(RODINI et al., 2010). PINHEIRO et al. (2014) enfatizam que as atividades de controle da hanseníase visam à descoberta de casos, o tratamento poliquimioterápico dos doentes até sua cura, a fim de interromper a cadeia de transmissão do bacilo. Enfatizam, também, à realização de atividades de prevenção, tratamento de incapacidades físicas, com reabilitação física e social do doente.

A poliquimioterapia para tratamento da hanseníase em tempo oportuno, por se tratar de insumo essencial para o manejo clínico adequado dos casos são disponibilizados no Brasil, gratuitamente, pelo Ministério da Saúde (MS) aos Estados e destes para os Municípios, que ficam responsáveis pela distribuição às USF e demais serviços de saúde da APS que esteja responsável pelo paciente, mediante a notificação do(s) novo(s) caso(s) da doença (BRASIL, 2017). No presente estudo, em dois municípios avaliados (Ipojuca e Goiana) todas as USF referiram que disponibilizam aos pacientes a poliquimioterapia (esquema básico para hanseníase) em tempo oportuno (em até 7 dias). A indisponibilidade referida por algumas USF dos outros três municípios, fez com que na dimensão global a observância dessa diretriz obtivesse 91,9% da PME. SOUZA (2010) destaca a importância da poliquimioterapia da hanseníase, nas “novas perspectivas de cura” para a doença e possibilidades de sua eliminação. Essas “novas perspectivas de cura” da doença fizeram avançar a atenção para a prevenção; e para evitar as complicações clínicas decorrentes dos processos inflamatórios nos portadores, inclusive nos casos de reação hansênica.

O PNCH preconiza alguns indicadores para monitorar o tratamento dos pacientes com hanseníase, dentre eles: “Realização de dose supervisionada para todos os pacientes” e a “Busca ativa de faltosos ao tratamento de hanseníase através de visita domiciliar” (BRASIL, 2017). Neste estudo, essas diretrizes foram consideradas “Implantadas” em todos os cinco municípios avaliados. Considerando o total de USF avaliadas, estavam realizando essas atividades, respectivamente, 94,4% e 98,1% das USF.

No Brasil, os fármacos para tratamento das reações hansênicas também não podem ser comercializados, sendo, igualmente, encaminhados do MS para os Estados e desses para os Municípios que distribuem para suas unidades de saúde da APS que esteja responsável pelo paciente (BRASIL, 2017). Com relação a disponibilidade desses medicamentos em tempo oportuno (até 7 dias), o presente estudo detectou situação bastante preocupante. Em Jaboatão dos Guararapes

nenhuma USF disse disponibilizar esse medicamento em tempo oportuno; em Ipojuca e Goiana a disponibilidade oportuna desses medicamentos foi referida, respectivamente, por apenas 33,3% e 14,3% das USF avaliadas; e em Olinda e Escada essa afirmação foi feita, respectivamente, por 56,1% e 50,0% das USF. Esses resultados encontram sua provável explicação na afirmativa de JÚNIOR, MACHADO E FARIA (2015) quando referem que os esquemas de tratamento para hanseníase, preconizados pela OMS, englobam o uso de medicamentos específicos. Nos surtos reacionais, ao contrário, os medicamentos utilizados irão depender do tipo de reação hansênica diagnosticada, com o objetivo de prevenir as incapacidades físicas, além de promover a reabilitação física e psicossocial dos pacientes. A dificuldade na oferta desses medicamentos para tratamento das reações hansênicas representa um entrave importante frente à diminuição das incapacidades físicas e sequelas permanentes geradas pela doença, visto que muitas vezes os surtos reacionais apresentam-se mais agressivos que a própria hanseníase (JÚNIOR, MACHADO E FARIA, 2015).

Com relação ao “conhecimento dos critérios” para encaminhamento do paciente para serviço de referência secundária (casos de reações hansênicas; recidiva; e efeitos adversos ao tratamento), este estudo evidenciou que do total de ESF avaliadas, 80,2% conheciam os referidos critérios. Todavia, verificando este indicador por município, verificou-se que em Ipojuca a condição era de “Implantação Incipiente” com apenas 33,3% da ESF conhecendo os mencionados critérios; em Goiana se constatou a condição de “Parcialmente Implantada” com 76,2% das ESF tendo conhecimento dos referidos critérios; e nos outros três municípios esse indicador foi considerado “Implantado”, com 89,5% das ESF em Olinda; 87,5% das ESF em Jaboatão dos Guararapes; e 83,3% das ESF em Escada, conhecendo os critérios de encaminhamento dos pacientes para o serviço de referência secundária. Com relação a existência no município de “serviço de referência secundária formalmente estabelecida” para encaminhamento dos casos, este estudo evidenciou que, em quatro dos cinco municípios, todas as USF avaliadas possuíam o referido serviço formalmente estabelecido. E que no único município com esse indicador na condição “Parcialmente Implantada” (Escada), 75,0% das USF contavam com o mencionado serviço.

Outra dificuldade encontrada ao se analisar os resultados deste estudo refere-se à disponibilidade nas USF dos materiais para o diagnóstico da hanseníase (kit

para avaliação de sensibilidade e kit para teste de prevenção de incapacidade). Ou seja, no presente estudo os referidos kits de diagnóstico estavam disponíveis para um número bastante reduzido de USF em quatro dos cinco municípios avaliados – em Jaboatão dos Guararapes 37,5% das USF; em Ipojuca 25,0% das USF; em Escada 8,3% das USF; e em Goiana 14,3% das USF –. Mesmo em Olinda, onde 78,9% das USF referiram que os referidos kits estavam disponíveis, ficou evidente a necessidade de ampliar esforços para que todos os portadores de hanseníase possam ser diagnosticados e tratados oportunamente e adequadamente nas USF que os acompanham. Resultado diferente foi observado por SOUZA, SILVA E XAVIER (2017) num estudo realizado em um município do Pará, onde em todas as USF havia os referidos materiais necessários para o diagnóstico dos casos de hanseníase.

No presente estudo foi evidenciado na maioria das USF avaliadas à indisponibilidade dos materiais necessários para o autocuidado (pedra pome ou lixa, colírio lubrificante e óleo mineral ou hidratante de uréia). Conforme pode ser observado, na dimensão global deste indicador, apenas 49,4% das ESF avaliadas disseram que possuíam na USF os citados materiais. Situação mais preocupante foi detectada nos municípios de Ipojuca e Olinda, onde apenas 27,8% e 38,6% das ESF, respectivamente, referiram possuí-los para disponibilizá-los aos portadores de hanseníase sob sua responsabilidade. Observando o indicador operacional “Material para autocuidado entregue aos pacientes de hanseníase”, constatou-se que após a intervenção do Programa SANAR, em apenas um dos cinco municípios avaliados (Escada) todas as ESF disseram que possuíam e que estão disponibilizando todos os itens da lista de materiais. A pior situação foi observada em Ipojuca, onde a situação se manteve com apenas 33,3% das ESF referindo entregar os materiais de autocuidado aos pacientes. Na dimensão global deste indicador, apenas 79,6% das ESF avaliadas disseram possuir na USF e disponibilizar aos pacientes os referidos materiais. Estes resultados demonstram a enorme fragilidade que ainda existe na ESF quanto a prevenção de incapacidades físicas decorrentes da hanseníase. SOUZA, SILVA E XAVIER (2017) observaram que a grande maioria das unidades de saúde de seu estudo disponibilizavam óleo mineral para os pacientes de hanseníase; mas o acesso a outros materiais foi bem baixo – hidratante a base de uréia só aconteceu em 25% das unidades de saúde; e o colírio para reposição lacrimal em apenas 12,5% delas –.

Quanto ao indicador operacional “Orientação aos pacientes de hanseníase para o autocuidado (olhos, mãos e pés)”, este estudo verificou que essa atividade se encontrava “Implantada” em todos os municípios avaliados, com 88,9% do total de ESF realizando essa atividade. O melhor resultado foi observado em Escada, onde todas as ESF disseram que estavam orientando os portadores de hanseníase para o autocuidado. LIMA et al. (2018) destacam a importância da realização do autocuidado pelos pacientes de hanseníase, e reafirma o caráter estigmatizante e severo das incapacidades provenientes dessa doença, que interferem diretamente na estabilidade física, emocional e social do indivíduo. Sendo, portanto, fundamental a realização das atividades de prevenção e tratamento dessas incapacidades visando a melhor qualidade de vida desses pacientes.

Por ser uma doença de evolução lenta e insidiosa, com tropismo do bacilo pelas terminações nervosas do paciente, a principal complicação da hanseníase relaciona-se com os danos neurais e instalação das incapacidades físicas permanentes. Diante disso, além do diagnóstico precoce e tratamento regular, as práticas do autocuidado tornam-se essenciais na prevenção dessas sequelas provenientes da evolução da doença (BRASIL, 2017). O MS recomenda que os serviços de saúde realizem a avaliação e a determinação do grau de incapacidade de todos os pacientes com hanseníase no momento do diagnóstico, durante o tratamento e no momento da alta. E alerta que a não realização dessas avaliações pode comprometer gravemente a capacidade física e funcional desses pacientes, levando-os a necessitar de serviço de reabilitação física (BRASIL, 2010). Dada a importância de se avaliar o grau de incapacidade física, o PNCH instituiu quatro indicadores operacionais para seu monitoramento, que no presente estudo, na sua dimensão global, apresentaram os seguintes resultados: 65,3% dos pacientes foram avaliados quanto ao grau de incapacidade física no momento do diagnóstico, e destes 42,0% tiveram essa avaliação realizada na própria USF; 46,3% foram avaliados quanto ao grau de incapacidade física durante seu acompanhamento; e 31,5% foram avaliados na ocasião da alta por cura. São, portanto, resultados bastante preocupantes, exigindo providências imediatas por parte da gestão estadual, municipal, e das USF para conjuntamente estabelecerem estratégias factíveis e que efetivamente reverta essa situação. Por se constituir atividade essencial para o diagnóstico precoce dos danos neurais, possibilitando intervenções para melhoria desses quadros e impedindo a instalação de sequelas físicas

permanentes e irreversíveis, as razões que estão dificultando os profissionais das USF em realizar a avaliação do grau de incapacidade física deve ser buscada com brevidade. SOBRINHO et al. (2007), destacam em seu estudo como lacuna da atenção à saúde de portadores de hanseníase na APS a falta de profissionais qualificados para avaliar o grau de incapacidade física nesses pacientes.

Com relação a existência de serviço de reabilitação física no município para portadores de incapacidade física devido a hanseníase, o presente estudo constatou que de todas as USF avaliadas, 77,8% possuíam essa referência. Situação bastante preocupante foi verificada em Jabotão dos Guararapes onde apenas 37,5% das USF possuíam esse serviço. Em dois dos cinco municípios avaliados (Ipojuca e Escada) todas as USF possuíam a referida referência para encaminhamento dos pacientes. E, em Olinda e Goiana, respectivamente, 94,7% e 85,7% das USF disseram ter o referido serviço no município.

Com relação a disponibilidade dos quatro itens que compõem os materiais instrucionais recomendados pelo MS/PCH, o presente estudo constatou, observando a dimensão global do referido indicador, que os possuía 38,9% das USF estudadas; embora tenha sido constatado, ao se comparar sua disponibilidade antes e após a intervenção do SANAR, variação proporcional positiva em todos os municípios avaliados. A indisponibilidade foi observada especialmente em três dos cinco municípios – em Jabotão dos Guararapes, disponível em apenas 10,9% das USF; em Ipojuca, disponível em apenas 25,0% das USF; e em Olinda, disponível em apenas 36,8% das USF. Portanto, na condição de “Implantação Incipiente” –. Esse indicador estava “Parcialmente Implantado” em Escada (75,0% das USF) e “Implantado” em Goiana (89,3% das USF). No estudo de LEAL et al. (2017) a indisponibilidade de normas técnicas preconizados pelo PNCH também foi observada, obtendo esse indicador a condição “Parcialmente Implantado”.

Quanto a “disponibilidade da vacina BCG no Município”, nenhuma ESF deste estudo referiu dificuldades. Todavia, observando o indicador de processo “contatos de hanseníase vacinados com a BCG”, constatou-se, como pode ser observado na dimensão global desse indicador, que apenas 20,4% contatos de hanseníase foram vacinados com a BCG. O maior percentual de contatos vacinados (57,1%) se deu em Goiana, demonstrando-se, assim, a situação preocupante com relação a essa diretriz do PCH, apesar de se tratar de estratégia fundamental no que se refere ao controle dos comunicantes. Esses resultados reforçam a necessidade de maior

orientação das ESF frente à execução dessa atividade para o controle epidemiológico da doença. LOZANO (2017) em seu estudo destaca a importância da vacinação com a BCG para os contatos domiciliares com indicação vacinal, e esclarece que o fator protetor não está primeiramente envolvido com o não acontecimento da infecção, e sim com a potencialização da resposta imune da pessoa infectada, evitando-se a progressão da doença principalmente para as formas mais graves. SANTOS et al. (2019) destaca o risco aumentado (3,7 vezes maior) dos contatos domiciliares de hanseníase adquirirem a doença quando não vacinados com a BCG, e reforça a importância da vacinação como uma importante prática clínica e epidemiológica visando a proteção desses casos, principalmente contra as formas multibacilares. O MS também destaca a importância da vacinação com a BCG-ID para prevenção e proteção quanto às formas mais contagiosas da doença, devendo ser encaminhados para receber a vacinação aqueles casos em que não há sintomas sugestivos de infecção. A vacina é ofertada visando o aumento da resistência do hospedeiro, principalmente nos casos mais graves da doença (BRASIL, 2017).

Com relação ao “percentual de contatos de casos de hanseníase examinados entre os registrados nas USF”, o presente estudo verificou que no total das USF avaliadas apenas 64,2% dos contatos de casos de hanseníase foram examinados. Os piores percentuais de contatos examinados foram observados no município de Ipojuca (27,8%) e de Jaboatão dos Guararapes (56,3%). Em Escada e Goiana esse indicador foi considerado “Implantado”, respectivamente com 83,3% e 90,5%; e em Olinda “Parcialmente Implantado” com 66,7% dos contatos de casos de hanseníase examinados. SOUZA et al. (2019) evidenciaram em seu estudo, realizado no estado da Bahia, precariedade no desempenho das ações de vigilância de contatos de casos de hanseníase. VIEIRA et al. (2008) destacam a importância da investigação dos contatos de casos de hanseníase como estratégia fundamental no combate dessa doença, visto que todos os portadores de hanseníase primeiramente foram comunicantes, sendo os contatos, portanto, grupo de risco vulnerável do ponto de vista da cadeia do processo infeccioso.

Quanto à realização de atividades estratégicas referentes à “educação em saúde” pode-se verificar neste estudo que mesmo após a intervenção do Programa SANAR os municípios apresentavam dificuldades frente a execução dessas ações de promoção da saúde. Ao analisar o indicador referente a realização de atividades

educativas voltadas para a comunidade, apenas o município de Olinda alcançou a condição de “Implantação” após a intervenção do Programa SANAR. Também no indicador referente à “realização de ações em parceria com os diversos equipamentos sociais disponíveis na comunidade”, tais como escolas, igrejas ou associações comunitárias, apenas o município de Olinda alcançou a “Implantação” desejada. D’ÁVILLA et al. (2014) destacam o desafio da educação permanente em saúde quando se trata da ESF, uma vez que na atenção primária à saúde esses profissionais precisam saber lidar com a relação equipe/comunidade, sendo necessário adequar-se às especificidades de cada território além investir sempre nos processos permanentes de formação e qualificação profissionais.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a intervenção do Programa SANAR o grau de implantação dos PCT e PCH, encontra-se na condição de “Implantação Insatisfatória” nos municípios de Jaboatão dos Guararapes e Ipojuca e “Parcialmente Implantado” em Olinda, Escada e Goiana, denotando necessidade de ajustes no programa para alcance dos resultados propostos. Para isso, faz-se necessário estudar de forma individualizada as razões que contribuíram para o baixo grau de implantação, principalmente dos indicadores de “Processo” dos subcomponentes vigilância epidemiológica e assistência ao paciente.

Os resultados deste estudo também demonstram que o Programa SANAR fortaleceu o PCT e o PCH nos municípios participantes desta avaliação, mas que o grau de aproveitamento do assessoramento recebido foi maior em Escada e em Goiana e menor em Jaboatão dos Guararapes.

REFERÊNCIAS

1. ANDRADE, H. S.; OLIVEIRA, V. C.; GONTIJO, T. L.; PESSÔA, M. T. C.; GUIMARÃES, E. A. A. Avaliação do Programa de controle da tuberculose: um estudo de caso. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 41, n. especial, 2017.
2. ANTON, C.; MACHADO, F. D.; RAMIREZ, J. M. A.; BERNARDI, R. M.; PALOMINOS, P. E.; BRENOL, C. V.; MELLO, F. C. Q.; SILVA, D. R. Infecção Latente por tuberculose em pacientes com doenças reumatológicas. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. Rio Grande do Sul, v. 45, n. 2, 2019.
3. ARAÚJO-JORGE, T.; MATRACA, M.; NETO, A. M.; TRAJANO, V.; D ANDREA, P.; FONSECA, A. Doenças Negligenciadas, erradicação da pobreza e o plano Brasil sem miséria. In: CAMPELLO, T.; FALCÃO, T.; COSTA, P. V. **O Brasil sem miséria**. 1. ed. Brasília: EDITORA, ANO. cap. 3, p. 1-23.
4. ARROYO, L. H.; RAMOS, A. C. V.; YAMAMURA, M.; WEILLER, T. H.; CRISPIM, J. A.; RAMOS, D. C.; TORRES, M. F.; SANTOS, D. T.; PALHA, P. F.; ARCÊNCIO, R. A. Áreas com queda de cobertura vacinal para BCG, poliomielite e tríplice viral no Brasil (2006-2016): mapas da heterogeneidade regional. **Caderno de Saúde Pública**. São Paulo, v. 36, n. 4, 2020.
5. AZEVEDO, M. A. J.; DAVID, H. M. S. L.; MATELETO, R. M. Redes sociais de usuários portadores de tuberculose: a influência das relações no enfrentamento da doença. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 117, 2018.
6. BARTHOLOMAY, P.; OLIVEIRA, G. P.; PINHEIRO, R. S.; VASCONCELOS, A. M. N. Melhoria da qualidade das informações sobre tuberculose a partir do relacionamento entre base de dados. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 30, n. 11, 2014.
7. BARTHOLOMAY, P.; PELISSARI, D. M.; ARAÚJO, W. N.; YADON, Z. E.; HELDAL, E. Qualidade da assistência à tuberculose em diferentes níveis de atenção à saúde no Brasil em 2013. **Revista Panamericana de Saúde Pública**. Brasília, v. 39, n. 1, 2016.
8. BARTHOLOMAY, P.; PINHEIRO, R. S.; PELISSARI, D. M.; SANCHEZ, D. A.; DOCKHORN, F.; ROCHA, J. L.; PENNA, E. Q. A. A.; BARREIRA, D.; ARAÚJO, W. N.; DALCOLMO, M. Sistema de informação de tratamentos especiais de tuberculose (SITE-TB): histórico, descrição e perspectivas. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Brasília, v. 28, n. 2, 2019.
9. BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Doenças negligenciadas: estratégias do Ministério da Saúde. **Revista de Saúde Pública**, Brasília, v. 44, n. 1, 2010.
10. BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das doenças transmissíveis. **Guia Prático sobre a Hanseníase**. Brasília, 2017.
11. BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das doenças transmissíveis. **Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública**. Brasília, 2016.

12. BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das doenças transmissíveis. **Plano integrado de ações estratégicas de eliminação da hanseníase, filariose, esquistossomose e oncocercose como problema de saúde pública, tracoma como causa de cegueira e controle das geo-helmintíases: Plano de Ação 2011 - 2015.** Brasília, 2012.
13. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das doenças transmissíveis. **Panorama da Tuberculose no Brasil: Diagnóstico situacional a partir de indicadores epidemiológicos e operacionais.** Brasília 2018.
14. BRASIL, Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em saúde. Departamento de Vigilância das doenças transmissíveis. **Manual de Recomendações para o controle da tuberculose no Brasil.** Brasília: 2019.
15. CABRAL, S. N. S.; SANTOS, S L.; BELTRÃO, A. B.; AUGUSTO, L. G. S. Linha de base da leucemia linfocítica aguda para a vigilância da saúde ambiental no território de abrangência da refinaria de petróleo do Estado de Pernambuco, Brasil, 2004 a 2008. **Epidemiologia e Serviços de Saúde.** Brasília, v. 21, n. 4, 2012.
16. CARVALHO, M. N.; COSTA, E. M. O. D.; SAKAI, M. H.; GIL, C. R. R.; LEITE, S. N. Expansão e diversificação da força de trabalho de nível superior nas Unidades básicas de saúde no Brasil, 2008-2013. **Saúde Debate.** Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, 2016.
17. CECÍLIO, H. P. M.; MARCON, S. S. O tratamento diretamente observado da tuberculose na opinião de profissionais de saúde. **Revista de Enfermagem.** Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, 2016.
18. CEZAR, M. C. Diagnóstico e tratamento da tuberculose latente. **Pulmão.** Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, 2012.
19. CLEMENTINO, F. S.; MARCOLINO, E. C.; GOMES, L. B.; GUERREIRO, J. V.; MIRANDA, F. A. N. Ações de controle da tuberculose: análise a partir do programa de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica. **Texto Contexto de Enfermagem.** Paraíba, v. 25, n. 4, 2016.
20. COELHO JR, L. G.; MACHADO, G. B.; FARIA, T. A. Reação hansênica tipo dois em paciente multibacilar, forma Virchowiana, em vigência de tratamento: relato de caso. **Revista de Medicina.** São Paulo, v. 94, n. 3, 2015.
21. COSTA, M. M. R. et al. Perfil epidemiológico de hanseníase no sertão pernambucano, Brasil. **Brazilian Journal of Health Review,** Curitiba, v. 2, n. 2, 2019.
22. COSTA, C. S.; ROCHA, A. M.; SILVA, G. S.; JESUS, R. P. F. S.; ALBULQUERQUE, A. C. Programa de controle da esquistossomose: avaliação da implantação em três municípios na zona da mata de Pernambuco, Brasil. **Saúde Debate.** Rio de Janeiro, v. 41, n. especial, 2017.
23. D'ÁVILLA, L. S. ASSIS, L. N.; MELO, M. B., BRANT, L. C. Adesão ao programa de educação permanente para médicos da família de um estado da região sudeste do Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, 2014.

24. DESSUNTI, E. M.; MEIER, D. A. P.; DONATH, B. C.; COSTA, A. A. N. F.; GUARIENTE, M. H. D. M. Infecção latente de tuberculose: adesão ao tratamento e evolução dos casos. **Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro, v. 21, n. especial, 2013.
25. DIAS, L. C.; DESSOY, M. A.; GUIDO, R. V. C.; OLIVA, G.; ANDRICOPULO, A. D. Doenças Tropicais Negligenciadas: Uma nova era de desafios e oportunidades. **Química Nova**, São Paulo, v. 36, n. 10, 2013.
26. DUARTE, R.; VILLAR, M.; CARVALHO, A. Tratamento da tuberculose da infecção latente. As recomendações atuais. **Revista Portuguesa de Pneumologia**. Lisboa, v. 16, n. 5, 2010.
27. FURLAN, M. C. R.; BARRETO, M. S.; MARCON, S. S. Acesso ao diagnóstico de tuberculose em unidades básicas de saúde e ambulatórios de referência. **Revista de Enfermagem da UFPE**, Recife, v. 11, n. 10, 2017.
28. FRANÇA, R. F. **Análise do impacto do Programa Sanar nas ações de controle da esquistossomose em municípios endêmicos no estado de Pernambuco**. 2016. 67 f. Dissertação (Mestrado em Gestão e Economia da Saúde) - Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2016.
29. FREIRE, D. N.; BONAMETTI, A. M.; MATSUO, T. Diagnóstico e progressão da tuberculose em contatos. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Brasília, v. 16, n. 3, 2007.
30. GAZZETA, C. E.; SANTOS, M. L. S. G.; VENDRAMINI, S. H. F.; POLETTI, N. A. A.; NETO, J. M. P.; VILLA, T. C. S. Controle de comunicantes de tuberculose no Brasil: revisão de literatura (1984-2004). **Revista Latino Americana de Enfermagem**. São Paulo, v. 16, n. 2, 2008.
31. HARTZ, Z. M. A. & POUVOURVILLE, G. Avaliação dos Programas de Saúde: A eficiência em questão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, 1998.
32. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Demográfico 2010. Disponível em: < <https://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 20 nov. 2019.
33. JUNG, B. C.; ZILMERS, J. C. V.; CUNHA, F. T. S.; GONZALESS, R. I. C. Significados das experiências corporais de pessoas com tuberculose pulmonar: a construção de uma nova identidade. **Texto Contexto Enfermagem**, Rio Grande do Sul, v. 27, n. 2, 2018.
34. LAGUARDIA, J.; DOMINGUES, C. M. A.; CARVALHO, C.; LAUERMAM, C. R.; MACÁRIO, E.; GLATT, R. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan): desafios no desenvolvimento de um sistema de informação em saúde. **Epidemiologia e Serviços em Saúde**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, 2004.
35. LANZA, F. M.; LANA, F. C, F. O processo de trabalho em equipe: tecnologias e atuação da equipe de saúde da família. **Texto e Contexto de Enfermagem**. Florianópolis, v. 20, n. especial, 2011.

36. LANZA, F.M.; VIEIRA, N. F.; OLIVEIRA, M. M. C. O.; LANA, F. C. F. Instrumento para avaliação das ações de controle da hanseníase na Atenção Primária. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Minas Gerais, v. 67, n. 3, 2014.
37. LASTÓRIA, J. C. & PUTINATTI, M. S. M. A. Utilização de busca ativa de hanseníase: relato de uma experiência de abordagem na detecção de casos novos. **Hansenologia internacionallis**. São Paulo, v. 29, n. 1, 2004.
38. LEAL, D. R.; CAZARIN, G.; BEZERRA, L. C. A.; ALBUQUERQUE, A. C.; FELISBERTO, E. Programa de Controle da Hanseníase: uma avaliação da implantação no nível distrital. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.41, n. especial, 2017.
39. LIMA, C. A.; SANTOS, A. M. V. S.; MESSIAS, R. B.; COSTA, F. M.; BARBOSA, D. A.; SILVA, C. S. O.; PINHO, L.; BRITO, M. F. S. F. Práticas integrativas e complementares: utilização por agentes comunitários de saúde no autocuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**. São Paulo, v. 71, n. 6, 2018.
40. LOPES, A. S. A. **Custo efetividade do tratamento coletivo para esquistossomose no estado de Pernambuco, Brasil**. 2015. 67 f. Dissertação (Mestrado em Avaliação em Saúde) - Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, Recife, 2015.
41. LOZANO, A. L. **Perfil dos comunicantes intradomiciliares de hanseníase em uma cidade hiperendêmica**. 2017. 81 f. Dissertação (Mestre em Gestão em Saúde) – Programa de Pós-graduação Scrito Sensu em Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São Paulo, 2017.
42. MACIEL, E. L. N.; SALES, C. M. M.; BERTOLDE, A. I.; SANTOS, B. R. O Brasil pode alcançar novos objetivos globais da Organização Mundial da Saúde para o controle da tuberculose? **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 27, n. 2, 2018.
43. MATIDA A. H.; CAMACHO, L. A. B. Pesquisa avaliativa e epidemiologia: movimentos e síntese no processo de avaliação de programas de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, 2004.
44. MELO, E. A.; MENDONÇA, M. H. H.; OLIVEIRA, J. B.; ANDRADE, G. C. L. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde de Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. especial, 2018.
45. MOURA, E. G. S.; ARAÚJO, A. P. M.; SILVA, M. C. R.; CARDOSO, B. A.; HOLANDA, M. C. S.; CONCEIÇÃO, A. O.; DIAS, G. A. S. Relação entre a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e a limitação de atividades e restrição à participação de indivíduos com hanseníase. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.25, n.3, 2017.
46. MORENO, C. M. C.; ENDERS, B. C.; SIMPSON, C. A. Avaliação das capacitações de hanseníase: opinião de médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. especial, 2008.
47. NÓBREGA, N. G.; NOGUEIRA, J. A.; NETTO, A. R.; SÁ, L. D.; SILVA, A. T. M. C.; VILLA, T. C. S. A busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose, no cenário indígena potiguara, Paraíba, Brasil. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. Paraíba, v. 18, n. 6, 2010.

48. NOGUEIRA, P. S. F.; MARQUES, M. B.; COUTINHO, J. F. V.; MAIA, J. C.; SILVA, M. J.; MOURA, E. R. F. Fatores associados à capacidade funcional de idosos com hanseníase. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.70, n.4, jul/ago, 2017.
49. OLIVEIRA, R. G. Sentidos das Doenças Negligenciadas na agenda da Saúde Global: o lugar de populações e territórios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, 2018.
50. OLIVEIRA, M. F.; ARCÊNCIO, R. A.; RUFFINO-NETTO, A.; SCATENA, L. M.; PALHA, P. F.; VILLA, T. C. S. A porta de entrada para o diagnóstico de tuberculose no Sistema de Saúde de Ribeirão Preto – SP. **Revista de Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 45, n. 4, 2011.
51. OMS-Organização Mundial da Saúde. **Trabalhando para superar o impacto global das doenças tropicais negligenciadas: primeiro relatório da OMS sobre as doenças tropicais negligenciadas**, 2010.
52. OMS-Organização Mundial da Saúde. OPAS-Organização Panamericana de Saúde. 49º Conselho Diretor. 61ª Sessão do Comitê Regional. **Resolução CD49.R19: Eliminação de doenças negligenciadas e outras infecções relacionadas a pobreza**. Washington, D.C., EUA, 28 de setembro a 2 de outubro de 2009. Disponível:
<https://www.paho.org/bra/dmdocuments/CD49%20R19%20Oct09%20Negligenciadas.pdf>
53. PEREIRA, S. M.; DANTAS, O. M. S.; XIMENES, BARRETO, M. L. Vacina BCG contra tuberculose: efeito protetor e políticas de vacinação. **Revista de Saúde Pública**. Salvador, v. 41, n. 1, 2007.
54. PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. **SANAR – Programa de Enfrentamento às Doenças Negligenciadas**. Recife: SES. 2014. 44p.
55. PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. **Plano Integrado para o Enfrentamento às Doenças Negligenciadas – Programa SANAR**. Recife: SES. 2017. 48p.
56. PINHEIRO, M. G. C.; SILVA, S. Y. B.; SILVA, F. S.; ATAÍDE, C. A. V.; LIMA, I. B.; SIMPSON, C. A. Conhecimento sobre prevenção de incapacidades em um grupo de autocuidado em hanseníase. **Revista Mineira de Enfermagem**. Natal, v. 18, n. 4, 2014.
57. PINTO, J. T. J. M.; FREITAS, C. H. S. M. Caminhos percorridos por crianças e adolescentes com tuberculose nos serviços de saúde. **Texto Contexto Enfermagem**. Parnamirim, v. 27, n. 1, 2017.
58. PORTO, A. Representações sociais da tuberculose: estigma e preconceito. **Revista de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 41, n. 1, 2007.
59. RABAHI, M. F.; SILVA JR, J. L. R.; FERREIRA, A. C. G.; SILVA, D. G. S. T.; CONDE, M. B. Tratamento da Tuberculose. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. Sem local, v.43, n. 5, 2017.
60. REZENDE, D. M.; SOUZA, M. R.; SANTANA, C. F. Hanseníase na Atenção Básica de Saúde: principais causas da alta prevalência da hanseníase na cidade de Anápolis – Goiás. **Hansenologia Internacionalis**. Goiás, v. 34, n. 1, 2009.

61. RIBEIRO, F. S.; SILVA, M. L. A.; MENDONÇA, A. L. B.; SOARES, J. S. A.; FREITAS, C. S. L.; LINHARES, M. S. C. Qualidade dos serviços prestados pelos centros de saúde da família de Sobral – Ceará aos portadores de hanseníase nos anos de 2009 a 2010. **SANARE**, Sobral, v. 11, n. 2, 2012.
62. RIBEIRO, M. D. A.; SILVA, J. C. A.; OLIVEIRA, S. B. Estudo epidemiológico da hanseníase no Brasil: reflexão sobre as metas de eliminação. **Revista Panorâmica Salud Publica**. Sem local, v.42, 2018.
63. RODRIGUES, I. L. A.; CARDOSO, N. C. Detecção de sintomáticos respiratórios em serviços de saúde na rede pública de Belém, Pará, Brasil. **Revista Panamericana de Saúde**. Pará, v. 1, n. 1, 2010.
64. ROCHA, J. L.; DALCOLMO, M. P.; BORGA L. MARQUES, M. G. Tuberculose multirresistente. **Pulmão**. Rio de Janeiro, v. 17, n.1, 2008.
65. RODINI, F. C. B.; GONÇALVES M.; BARROS, A. R. S. B.; MAZZER, N.; ELUI, V. M. C.; FONSECA, M. C. R. Prevenção de incapacidade na hanseníase com apoio em um manual de autocuidado para pacientes. **Fisioterapia e Pesquisa**. São Paulo, v. 17, n. 2, 2010.
66. SAMPAIO, P. P.; BARBOSA, J. C.; ALENCAR, M. J. F.; HEUKELBACH, J.; HINDERS, D.; MAGALHÃES, M. C.; RAMOS JR, A. N. Programa de Controle da Hanseníase no Brasil: avaliação por profissionais de saúde. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, 2009.
67. SANTOS, K. C. B.; CORRÊA, R. G. C. F.; ROLIM, I. L. T. P.; PASCOAL, L. M.; FERREIRA, A. G. N. Estratégia e Vigilância e controle dos contatos de hanseníase: revisão integrativa. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 43, n. 121, 2019.
68. SAVASSI, L. C. M. & MODENA, C. M. Hanseníase e a atenção primária: desafios educacionais e assistenciais na perspectiva de médicos residentes. **Hansenologia internacionalis: hanseníase e outras doenças infecciosas**. Minas Gerais, v. 40, n. 2, 2015.
69. SCHNEIDER, P. B.; FREITAS, B. H. B. M. Tendência da hanseníase em menores de 15 anos no Brasil, 2001-2016. **Caderno de Saúde Pública**. Cuiabá, v. 34, n. 3, 2018.
70. SILVA, T. L.; SOARES, A. N.; LACERDA, G. A.; MESQUITA, J. F. O.; SILVEIRA, D. C. Política Nacional de Atenção Básica 2017: implicações no trabalho do agente comunitário de saúde. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 44, n. 124, 2020.
71. SILVA, M. F.; FREITAS, M. A. L.; SERAFIM, E. R. C. N.; COSTA, A. C. M. S. F. Análise da eficiência do programa SANAR/PE para tuberculose em municípios prioritários. **Revista do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da UFPE**, Recife, 2017.
72. SILVA, A. R.; SOUSA, A. I.; SANT'ANNA, C. C. Barreiras no tratamento da infecção latente (ILTb) na criança: um estudo de caso. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, 2014.
73. SILVA JR, J. B. **Epidemiologia em serviço: uma avaliação de desempenho do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde**. 2004. 318 f. Tese (Doutorado em

Saúde Coletiva) – Programa de Pós-graduação da Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

74. SILVA, J. C. A.; RIBEIRO, M. D. A.; OLIVEIRA, S. B. Avaliação do nível de informação sobre hanseníase dos agentes comunitários de saúde. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**. Fortaleza, v. 29, n. 3, 2016.
75. SOBRAL, N. V.; MIRANDA, Z. D.; SILVA, F. M. Estratégia para a recuperação de informação científica sobre as doenças tropicais negligenciadas: análise comparativa da Scopus, Pubmed e Web of Science*. **Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud**. Sem local, v. 29, n. 1, 2018.
76. SORATTO, J.; PIRES, D. E. P.; TRINDADE, L. L.; OLIVEIRA, J. S. A.; FORTE, E. C. N.; MELO, T. P. Insatisfação no trabalho de profissionais da saúde na estratégia de saúde da família. **Texto Contexto de Enfermagem**. Santa Catarina, v. 26, n. 3, 2017.
77. SOUSA, G. S.; SILVA, R. L. F.; XAVIER, M. B. Hanseníase e Atenção primária à saúde: uma avaliação de estrutura do programa. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, 2017.
78. SOUZA, E. A.; FERREIRA, A. F.; PINTO, M. S. A. P.; HEUKELBACK, J.; OLIVEIRA, H. X.; BARBOSA, J. C.; RAMOS JR, A. N. Desempenho da vigilância de contatos de casos de hanseníase: uma análise espaço temporal no estado da Bahia, Região Nordeste do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. Bahia, v. 35, n. 9, 2019.
79. SOUZA, A. L. C.; FELICIANO, K. V. O.; MENDES, M. F. M. A visão de profissionais da estratégia de saúde da família sobre os efeitos do treinamento da hanseníase. **Revista da Escola de Enfermagem da USF**. São Paulo, v. 49, n. 4, 2015.
80. SOUZA, C. F. D.; SLAIBI, E. B.; PEREIRA, R. N.; FRANCISCO, F. P.; BASTOS, M. L. S.; LOPES, M. R. A.; NERY, J. A. C. A importância do diagnóstico precoce da hanseníase na prevenção de incapacidades. **Hansenologia Internationalis**. Rio de Janeiro, n. 35, v. 2, 2010.
81. SPAGNOLO, L. M. L.; TOMBERG, J. O.; MARTINS, M. D. R.; ANTUNES, L. B. GONZALES, R. I. C. Detecção de tuberculose: a estrutura da atenção primária à saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Rio Grande do Sul, v. 39, n. especial, 2018.
82. TRAJMAN, A.; SARACENI, V.; DUROVNI, B. Os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável e a tuberculose no Brasil: desafios e potencialidades. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, 2018.
83. TESSER, C. D.; NORMAN, A. H.; VIDAL, T. B. Acesso ao cuidado na atenção primária à saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 42, n. especial, 2018.
84. TOMBERG, J. O.; SPAGNOLO, L. M. L.; VALERÃO, N. B.; MARTINS, M. D. R.; GONZALES, R. I. C. Registro na detecção da tuberculose: percepção dos profissionais de saúde. **Escola Anna Nery**. Rio Grande do Sul, v. 23, n. 3, 2019.
85. TOUSO, M. M.; POPOLIN, M. P.; CRISPIM, J. A.; FREITAS, I. M.; RODRIGUES, L. B. B.; YAMAMURA, M.; PINTO, I. C.; MONROE, A. A.; PALHA, P. F.; FERRAUDO, A. S.; VILLA, T. C. S.; ARCÊNCIO, R. A. Estigma social e as famílias de doentes

com tuberculose: um estudo a partir das análises de agrupamento e de correspondência múltipla. **Ciência e Saúde Coletiva**. São Paulo, v. 19, n. 11, 2014.

86. UCHIMURA & BOSI. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, 2002.
87. VIANA, P. V. S.; REDNER, P. RAMOS, J. P. Fatores associados ao abandono e ao óbito de casos de tuberculose drogarresistente (TBDR) atendidos em um centro de referência no Rio de Janeiro, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 5, 2018.
88. VIEIRA, C. S. C. A.; SOARES, M. T.; RIBEIRO, C. T. S. X.; SILVA, L. S. G. Avaliação e controle de contatos faltosos de doentes com hanseníase. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 61, n. especial, 2008.
89. WYSOCKI, A. D.; PONCE, M. A. D.; BRUNELLO, M. E. F.; BERALDO, A. A.; VENDRAMINI, S. H. F.; SCATENA, L. M.; NETTO, A. R.; VILLA, T. C. S. Atenção primária à saúde e tuberculose: avaliação dos serviços. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. São Paulo, v. 20, n. 1, 2017.
90. ZAMBENEDETTI, G.; SILVA, R. A. N. Descentralização da atenção em HIV-Aids para a atenção básica: tensões e potencialidades. **Revista e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, 2016.

APÊNDICE – PROJETO DE INTERVENÇÃO

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA

Ana Carina Sotero Sena

PROJETO DE INTERVENÇÃO

Apresentação dos resultados deste estudo, utilizando a ferramenta administrativa 5W3H, a ser mostrada durante uma oficina aos gestores da SES-PE e das SMS dos municípios prioritários participantes do estudo; aos profissionais de saúde da ESF participantes do estudo; e aos atores sociais envolvidos no processo de intervenção do Programa SANAR (MORHAN, Conselhos de Saúde, ONG etc.).

RECIFE

2020

Ana Carina Sotero Sena

PROJETO DE INTERVENÇÃO

Este Projeto de intervenção, expressa gratidão pela contribuição recebida da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, e dos municípios envolvidos, no estudo “Enfrentamento da Tuberculose e Hanseníase na Atenção Primária de Municípios Prioritários de Pernambuco”, apresentado ao curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública, do Instituto de Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública.

RECIFE

2020

1 INTRODUÇÃO

As doenças transmissíveis negligenciadas (DTN) apesar de afetar a vida de cerca de um bilhão de pessoas, o que representa um sexto da população mundial, permanecem em grande parte ocultas, concentradas em áreas rurais remotas ou em favelas urbanas. Em sua maioria são silenciosas, uma vez que as pessoas afetadas ou em risco têm pouca voz política. Esses agravos à saúde constituem uma grande ameaça em contextos empobrecidos e têm pouca visibilidade no resto do mundo, onde apesar de serem muito temidas pelas populações afetadas, são pouco conhecidas e mal compreendidas em outros locais (OMS, 2010).

No Brasil, dentre essas doenças negligenciadas destaca-se a tuberculose e a hanseníase, devido ao seu caráter estigmatizante e associação às condições sociais precárias. Apesar de serem doenças milenares, ainda apresentam altos índices de transmissão no país, e destaca-se a dificuldade de quebra da cadeia de transmissão dessas doenças que podem acarretar consequências graves na vida dos pacientes, levando-os à óbito e/ou a sequelas físicas permanentes no caso da hanseníase (AZEVEDO et al., 2018; JUNG et al., 2018; RIBEIRO et al., 2018).

Diante disso, a implantação do Programa SANAR, visando a intensificação das recomendações dos PCT e PCH, representa importante estratégia para a melhoria dos indicadores de saúde referente a esses agravos, além da melhoria da rede de atenção à saúde para assistir esses pacientes, promovendo um maior envolvimento da gestão municipal e profissionais da atenção primária à saúde.

Através da realização do estudo “Enfrentamento da Tuberculose e Hanseníase na Atenção Primária de Municípios Prioritários de Pernambuco”, pode-se perceber a necessidade de aprimoramento frente a execução das ações do PCT e PCH nas USF dos municípios prioritários avaliados, que mesmo após a intervenção do Programa SANAR, visando promover um maior alcance dos resultados propostos pelo PCT e PCH, finalizaram o quadriênio estudado (2015-2018) com grau de implantação na condição de “implantação insatisfatória” em Jaboatão dos Guararapes e Ipojuca; e “parcialmente implantada” em Olinda, Escada e Goiana; denotando necessidade de ajustes no programa para alcance dos resultados propostos.

O presente Projeto de Intervenção, não só atende ao compromisso exposto no último objetivo específico da dissertação apresentada ao curso de Mestrado

Profissional em Saúde Pública, do Instituto de Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz “Propor um Projeto de Intervenção a partir dos resultados deste estudo utilizando a ferramenta administrativa 5W3H, em uma oficina com os atores envolvidos e/ou interessados nesta avaliação”; mas, sobretudo, promover a discussão para a tomada de decisão a partir da apresentação dos resultados encontrados, a fim de que as atividades estratégicas propostas reflitam o compromisso/responsabilidade de todos para o controle da tuberculose e hanseníase na sua área de atuação.

Para isso, se faz necessário a realização de uma oficina com todos os atores descritos para apresentação dos resultados encontrados e discussão das ações estratégicas necessárias ao aprimoramento do Programa SANAR relacionadas ao controle da tuberculose e hanseníase.

2 OBJETIVO

2.1 Objetivo Geral

Apresentar o Projeto de Intervenção a partir dos resultados do estudo “Enfrentamento da Tuberculose e Hanseníase na Atenção Primária de Municípios Prioritários de Pernambuco”, utilizando a ferramenta administrativa 5W3H, em uma oficina com os atores envolvidos e/ou interessados nesta avaliação (*stakeholders*), a fim de melhorar os indicadores, principalmente aqueles que no referido estudo obtiveram baixo grau de implantação.

2.2 Objetivos Específicos

- Registrar/apresentar aos *stakeholders*, de maneira organizada e planejada utilizando a ferramenta administrativa 5W3H, os principais entraves encontrados;
- Promover a discussão entre os *stakeholders*, com o propósito de que sejam assumidas ações estratégicas para o enfrentamento dos entraves apresentados, com consequente plano de ação com compromisso/responsabilidade compartilhada.

3 MÉTODO

Apresentar os resultados do estudo “Enfrentamento da Tuberculose e Hanseníase na Atenção Primária de Municípios Prioritários de Pernambuco”, utilizando as matrizes de análise e julgamento aplicadas para obter o grau de implantação das ações do PCT e PCH nas USF dos municípios prioritários avaliados, expondo, simultaneamente, a proposta de intervenção utilizando, conforme dito, a ferramenta da gestão de qualidade 5W3H. Este recurso permite visualizar de forma organizada os principais resultados do referido estudo; e, ao mesmo tempo, instiga reflexões/respostas a questionamentos capazes de orientar as diversas ações que deverão ser implementadas, identificando as responsabilidades e quem deverá executá-las (ROSSATO, 1996).

Segundo Endeavor (2017), esta ferramenta é na verdade uma variação da 5W2H que representa um checklist de atividades que devem ser desenvolvidas com o máximo de clareza e eficiência por todos os envolvidos em um projeto (CABRAL, ZEITOUNI E SOUZA, 2017).

É uma metodologia em que sua base é a provocação de respostas a uma série de perguntas essenciais, utilizadas para planejar a implementação de soluções por meio da resposta às seguintes perguntas:

- O que? (What?): qual a ação vai ser desenvolvida?
- Por quê? (Why?): por que foi definida esta solução (resultado esperado)?
- Quem? (Who?): quem será o responsável pela implantação?
- Quando? (When?): quando a ação será realizada?
- Onde? (Where?): onde a ação será desenvolvida (abrangência)?
- Como? (How?): como a ação vai ser implementada (passos da ação)?
- Quanto? (How Much?): quanto será gasto?
- Como medir? (How measure?): como medir ou avaliar (monitoramento)?

Destaca-se que quando comparada a outras ferramentas da qualidade, esta possui uma das implementações mais simples, sendo necessário apenas a elaboração de um quadro para apresentar/discutir os principais “entraves” identificados a partir da análise dos resultados do estudo.

O quadro abaixo exemplifica a presente proposta de apresentação dos resultados aos *stakeholders*, com um plano inicial de intervenção, a fim de dar início a discussão para elaboração e estabelecimento do compromisso de execução das ações estratégicas propostas pelo grupo.

Componente ESTRUTURA – Grau de Implantação das ações do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) e Hanseníase (PCH) nos cinco municípios de Pernambuco selecionados para o estudo “Enfrentamento da Tuberculose e Hanseníase na Atenção Primária de Municípios Prioritários de Pernambuco”, após a intervenção do Programa SANAR, quadriênio 2015 – 2018.

INDICADOR - RH	GI - Jaboatão	GI - Olinda	GI - Ipojuca	GI - Escada	GI - Goiana	GI- DG
Nº de profissionais na USF para PCT	95,5	100,0	100,0	100,0	100,0	98,4
Nº de profissionais na USF para PCH	95,3	100,0	100,0	100,0	96,4	98,1
Nº de ACS para PCT	81,8	76,2	50,0	87,5	58,3	75,0
Nº de ACS para PCH	79,7	77,6	54,2	91,7	50,0	73,6

Exemplo: COMPONENTE ESTRUTURA – RECURSOS HUMANOS								
RESULTADO ENCONTRADO	O QUÊ? (O que se pretende realizar?)	POR QUÊ? (Qual a justificativa?)	QUANDO? (Tempo necessário)	QUEM? (Quem executará?)	ONDE? (Local)	COMO? (Atividades)	QUANTO? (Recursos necessários)	COMO MEDIR? (Meta)
Nº insuficiente de ACS para as ações do PCT em 25,0% das USF e para as ações do PCH em 26,4% das USF.	<ol style="list-style-type: none"> Ao final do 1º mês ter solicitado a contratação de ACS para as microáreas descobertas. Ao final do 6º mês ter pelo menos metade da solicitação atendida. Até o final do 1º ano ter todas as contratações solicitadas atendidas 	A falta de ACS não tem permitido que as práticas educativas e atividades junto ao paciente no domicílio ocorra segundo as diretrizes do PCT e PCH.	Sete meses (setembro de 2018 a março de 2019).	Prefeitura / Secretária Municipal de Saúde (SMS) das Cidades (Olinda, Ipojuca, Goiana, etc.)	ACS para as Microáreas X, Y e Z	Contratação de novos profissionais (Secretaria de Finanças e de Recursos Humanos do Município).	Ao encargo da Prefeitura / SMS das Cidades (Olinda, Ipojuca, Goiana, etc.)	<p>Ao final do 6º mês da intervenção terem sido efetivadas a contratação de 50% do total de ACS solicitado.</p> <p>Até o final do 1º ano terem sido efetivadas todas as contratações de ACS solicitadas.</p>

Quadro x. Escores utilizado para Julgamento do Grau de Implantação (GI) do PCT e PCH nos cinco Municípios participantes deste estudo.

ESCORES	GRAU DE IMPLANTAÇÃO
≥ 80% (4 pontos)	Implantado
79,9 a 60% (3 pontos)	Parcialmente Implantado
59,9 a 40% (2 pontos)	Implantação Insatisfatória (baixo nível de implantação)
< 40% > Zero (1 ponto)	Implantação Incipiente
Zero	Não Implantado

Fonte: A Autora

Tem-se a seguir os quadros que serão usados durante a oficina com os stakeholders - Resultados Encontrados (Quadros 1 a 7 A) / Projeto de Intervenção (Quadros 1 a 7 B).

RESULTADOS ENCONTRADOS / PROJETO DE INTERVENÇÃO

Quadro 1 A: RESULTADOS – COMPONENTE ESTRUTURA – Grau de Implantação das ações do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) e Hanseníase (PCH) nos cinco municípios de Pernambuco selecionados para o estudo “Enfrentamento da Tuberculose e Hanseníase na Atenção Primária de Municípios Prioritários de Pernambuco”, após a intervenção do Programa SANAR, quadriênio 2015 – 2018.

INDICADOR	GI - Jaboatão	GI - Olinda	GI - Ipojuca	GI - Escada	GI - Goiana	GI- DG
RECURSOS HUMANOS						
Nº de profissionais na USF para PCT	95,5	100,0	100,0	100,0	100,0	98,4
Nº de profissionais na USF para PCH	95,3	100,0	100,0	100,0	96,4	98,1
Nº de ACS para PCT	81,8	76,2	50,0	87,5	58,3	75,0
Nº de ACS para PCH	79,7	77,6	54,2	91,7	50,0	73,6
IMPRESSOS						
PCT	68,2	96,8	69,4	91,7	91,7	82,8
1) Ficha de notificação/investigação de Tuberculose; 2) Livro de Registro de Pacientes e Acompanhamento do tratamento dos casos de tuberculose; 3) Livro de Registro de Sintomático Respiratório (SR); 4) Impresso de Controle de Contatos; 5) Ficha de Acompanhamento da tomada diária da medicação do Tratamento Diretamente Observado (TDO); 6) Ficha de Notificação de infecção latente (ILTb).						
PCH	67,7	90,4	80,6	55,6	100,0	79,9
1) Ficha de notificação/investigação de Hanseníase; 2) Livro de Registro e controle de tratamento dos casos de Hanseníase; 3) Ficha de avaliação Neurológica simplificada; 4) Impresso de Controle de Contatos; 5) Protocolo complementar de investigação diagnóstica de casos de hanseníase em menores de 15 anos; 6) Ficha de referência e contrarreferência.						
MATERIAIS INSTRUCIONAIS						
PCT	13,6	59,5	45,8	75,0	79,2	45,1
1) Manual de recomendação para o controle da tuberculose no Brasil; 2) Guia de orientação para coleta de escarro – 2014; 3) Nota Informativa nº 08, de 2014 CGPNCT/DEVEP/SVS/MS; 3) Recomendações para controle de contatos e tratamento da infecção latente da tuberculose na indisponibilidade transitória do Derivado Proteico Purificado; 4) Nota Técnica nº 32/2014 DGCDA/SEVS/SES-PE (Sobre Critérios para coleta e acondicionamento do escarro, indicação de cultura do escarro e fluxo de diagnóstico).						
PCH	10,9	36,8	25,0	75,0	89,3	38,9
1) Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública – 2016; 2) Nota Técnica Estadual 006/2011 - Rede secundária; 3) Nota Técnica Estadual 001/2012 - Rede Secundária; 4) Nota Técnica Estadual 05/2012 - Rede Terciária.						

Fonte: A Autora

Quadro 1 B: PROJETO DE INTERVENÇÃO – COMPONENTE ESTRUTURA – Programa de Controle da Tuberculose (PCT) e Hanseníase (PCH) nos cinco municípios de Pernambuco participantes do estudo “Enfrentamento da Tuberculose e Hanseníase na Atenção Primária de Municípios Prioritários de Pernambuco”.

RESULTADO ENCONTRADO	O QUÊ? (O que se pretende realizar?)	POR QUÊ? (Qual a justificativa?)	QUANDO? (Qual o prazo)	QUEM? (Quem executará?)	ONDE? (Onde será realizado)	COMO? (Como será feito)	QUANTO? (Quanto custará?)	COMO MEDIR? (Como mensurar?)
RECURSOS HUMANOS								
Nº insuficiente de profissionais em cerca de 2% das USF estudadas.								
Nº insuficiente de ACS para as ações do PCT em 25,0% das USF e para as ações do PCH em 26,4% das USF.								
IMPRESSOS								
Insuficiência de impressos, livros de acompanhamento e registro dos casos de TB em 17,2% das USF estudadas.								
Insuficiência de impressos e livros de acompanhamento e registro dos casos de Hanseníase em 20,1% das USF estudadas.								
MATERIAIS INSTRUCIONAIS								
Insuficiência de Manuais e notas técnicas referentes aos PCT para consulta dos profissionais em 54,9% das USF estudadas.								
Insuficiência de Manuais e notas técnicas referentes aos PCH para consulta dos profissionais em 61,1% das USF estudadas.								

Fonte: A Autora

Quadro 2 A: RESULTADOS – COMPONENTE ESTRUTURA E PROCESSO DO PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE (PCT) – Grau de Implantação das ações nos cinco municípios de Pernambuco selecionados para o estudo “Enfrentamento da Tuberculose e Hanseníase na Atenção Primária de Municípios Prioritários de Pernambuco”, após a intervenção do Programa SANAR, quadriênio 2015 – 2018.

INDICADOR	GI - Jaboatão	GI - Olinda	GI - Ipojuca	GI - Escada	GI - Goiana	GI- DG
COMPONENTE ESTRUTURA						
Disponibilidade de potes plásticos para coleta de exame de escarro, nas USF	95,5	100,0	83,3	100,0	100,0	96,7
Disponibilidade de BCG no Município	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Poliqimioterapia (esquema básico para Tuberculose) disponibilizada aos pacientes em tempo oportuno (até 7 dias).	95,5	90,5	83,3	100,0	100,0	93,4
Isoniazida , disponibilizada aos portadores de ILTB em tempo oportuno (até 7 dias).	20,5	54,8	16,7	16,7	0,0	29,5
Raios-X em funcionamento no Município	100,0	100,0	100,0	100,0	83,3	98,4
Referência Secundária estabelecida pelo Município.	86,4	100,0	100,0	100,0	83,3	93,4
COMPONENTE PROCESSO – MONITORAMENTO						
Utilização adequada da ficha de controle do TDO.	13,6	33,3	16,7	66,7	50,0	29,5
Uso adequado da ficha de controle de contatos de casos de tuberculose.	13,6	38,1	16,7	83,3	33,3	31,1
Preenchimento adequado dos livros: 1) Registro e Acompanhamento do Tratamento dos Casos de Tuberculose; 2) Registro dos Sintomáticos Respiratórios no Serviço de Saúde.	52,3	85,7	33,3	83,3	58,3	65,6
Uso da ficha de referência e contrarreferência.	0,0	38,1	0,0	0,0	16,7	14,7
Atualização mensal do boletim de acompanhamento dos casos de TB.	50,0	95,2	66,7	83,3	50,0	70,5

Fonte: A Autora

Quadro 2 B: PROJETO DE INTERVENÇÃO – COMPONENTE ESTRUTURA E PROCESSO DO PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE (PCT) – nos cinco municípios de Pernambuco participantes do estudo “Enfrentamento da Tuberculose e Hanseníase na Atenção Primária de Municípios Prioritários de Pernambuco”. **Continua**

RESULTADO ENCONTRADO	O QUÊ? (O que se pretende realizar?)	POR QUÊ? (Qual a justificativa?)	QUANDO? (Qual o prazo)	QUEM? (Quem executará?)	ONDE? (Onde será realizado)	COMO? (Como será feito)	QUANTO? (Quanto custará?)	COMO MEDIR? (Como mensurar?)
COMPONENTE ESTRUTURA								
Indisponibilidade de potes plásticos para coleta de exame de escarro, em 3,3% das USF.								
A Poliquimioterapia (esquema básico) não está sendo disponibilizada aos pacientes, até 7 dias, em 6,7% das USF.								
A Isoniazida, não está sendo disponibilizada aos portadores de ILTB, até 7 dias, em 70,5% das USF.								
Raios-X do Município fora de funcionamento, relatado por 1,6% das USF.								
Referência Secundária não estabelecida pelo Município, referida por 6,6% das USF.								
COMPONENTE PROCESSO – MONITORAMENTO								
Constatação de utilização inadequada da ficha de controle do TDO em 70,5% das USF.								
Constatação de uso inadequado da ficha de controle de contatos de casos de tuberculose em 68,9% das USF.								
Constatação de preenchimento inadequado dos livros: 1) Registro e Acompanhamento do Tratamento dos Casos de Tuberculose; 2) Registro dos Sintomáticos Respiratórios no Serviço de Saúde em 34,4% das USF.								

Continuação

Constatação de não uso da ficha de referência e contrarreferência em 85,3% das USF.								
Constatação de que o Boletim de acompanhamento dos casos de TB não é atualizado, mensalmente, em 29,5% das USF.								

Fonte: A Autora

Quadro 3 A: RESULTADOS – COMPONENTE PROCESSO DO PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE (PCT) – Grau de Implantação das ações nos cinco municípios de Pernambuco selecionados para o estudo “Enfrentamento da Tuberculose e Hanseníase na Atenção Primária de Municípios Prioritários de Pernambuco”, após a intervenção do Programa SANAR, quadriênio 2015 – 2018.

INDICADOR	GI - Jaboatão	GI - Olinda	GI - Ipojuca	GI - Escada	GI - Goiana	GI- DG
COMPONENTE PROCESSO – AÇÕES DE DIAGNÓSTICO						
Fluxo de recolhimento de amostras de escarro para diagnóstico de TB.	86,4	95,2	33,3	33,3	100,0	80,3
Exame realizado na USF em sintomáticos respiratórios (SR).	4,5	11,1	8,3	0,0	16,7	7,9
Prova tuberculínica (PT) realizada no Município.	90,9	100,0	83,3	100,0	100,0	95,1
Exame realizado nos contatos de casos de tuberculose ($\geq 70\%$ dos registrados na USF).	45,5	57,1	50,0	83,3	83,3	57,4
Casos de TB confirmados bacteriologicamente.	69,3	63,1	25,0	50,0	66,7	60,7
Casos de TB em tratamento que fizeram baciloscopia de acompanhamento mensal.	50,0	42,9	33,3	0,0	75,0	43,4
Resultado de baciloscopia de escarro em tempo oportuno.	24,2	88,9	11,1	38,9	66,7	50,8
Identificação dos critérios para solicitação de cultura: 1) Retratamento; 2) Baciloscopia positiva a partir do 2º mês de tratamento; 3) Casos HIV positivos; 4) Populações Especiais.	61,4	76,2	37,5	83,3	100,0	70,1
Resultado de cultura de escarro em tempo oportuno.	12,1	27,0	0,0	0,0	16,7	15,3
Testagem para o HIV realizada nos casos confirmados de TB.	93,2	61,9	66,7	100,0	66,7	77,9
Resultado de teste de HIV realizado nos casos de tuberculose recebido em tempo oportuno.	95,5	95,2	100,0	100,0	100,0	96,7
Resultado de Raios-X em tempo oportuno.	22,7	38,1	100,0	100,0	83,3	49,2
COMPONENTE PROCESSO – AÇÕES TERAPÊUTICAS						
Realização de tratamento diretamente observado (TDO) autorreferido pelas USF.	13,6	33,3	16,7	66,7	41,7	28,7
Realização de TDO pelas USF com registro no Livro de Acompanhamento ou Sinan.	13,6	33,3	33,3	58,3	66,7	31,9
Busca ativa de faltosos ao tratamento de TB através de visita domiciliar.	81,8	100,0	100,0	100,0	83,3	91,8
Tratamento da Infecção Latente pelo M. Tuberculosis (ILT) realizado na USF.	22,7	52,4	100,0	0,0	0,0	27,9

Fonte: A Autora

Quadro 3 B: PROJETO DE INTERVENÇÃO – COMPONENTE PROCESSO DO PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE (PCT) – nos cinco municípios de Pernambuco participantes do estudo “Enfrentamento da Tuberculose e Hanseníase na Atenção Primária de Municípios Prioritários de Pernambuco”.

Continua

RESULTADO ENCONTRADO	O QUÊ? (O que se pretende realizar?)	POR QUÊ? (Qual a justificativa?)	QUANDO? (Qual o prazo)	QUEM? (Quem executará?)	ONDE? (Onde será realizado)	COMO? (Como será feito)	QUANTO? (Quanto custará?)	COMO MEDIR? (Como mensurar?)
COMPONENTE PROCESSO – AÇÕES DE DIAGNÓSTICO								
Inexistência de fluxo de recolhimento de amostras de escarro para diagnóstico de TB em 19,7% das USF.								
Exame em sintomáticos respiratórios (SR) não realizado em 92,1% das USF.								
Não realização da Prova tuberculínica (PT) no Município, referida por 4,9% das USF.								
42,6% dos contatos de TB não foram examinados na USF.								
39,3% dos casos de TB não tiveram confirmação pela bacteriologia.								
56,6% dos casos de TB em tratamento não fizeram baciloscopia de acompanhamento mensal.								
49,2% dos resultados das baciloscopias de escarro não foram recebidos em tempo oportuno.								
Ignorância dos critérios para solicitação de cultura constatadas em 29,9% das ESF.								
84,7% dos resultados das culturas de escarro não foram recebidos em tempo oportuno.								

22,1% dos casos confirmados de TB não foram testados para o HIV.								
3,3% dos resultados do teste de HIV realizado nos casos de tuberculose, não foram recebidas em tempo oportuno.								
50,8% dos resultados do exame de Raios-X , não foram recebidas em tempo oportuno.								
COMPONENTE PROCESSO – AÇÕES TERAPÊUTICAS								
71,3% das USF não estão realizando tratamento diretamente observado (TDO) dos casos de TB.								
68,1% das USF não estão registrando no Livro de Acompanhamento ou no Sinan os TDO que foram realizados pelas USF.								
8,2% das USF não estão realizando a busca ativa de faltosos ao tratamento de TB através de visita domiciliar.								
72,1% das USF não estão realizando o Tratamento da Infecção Latente pelo M. Tuberculosis (ILT B).								

Fonte: A Autora

Quadro 4 A: RESULTADOS – COMPONENTE PROCESSO DO PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE (PCT) – Grau de Implantação das ações nos cinco municípios de Pernambuco selecionados para o estudo “Enfrentamento da Tuberculose e Hanseníase na Atenção Primária de Municípios Prioritários de Pernambuco”, após a intervenção do Programa SANAR, quadriênio 2015 – 2018.

INDICADOR	GI - Jaboatão	GI - Olinda	GI - Ipojuca	GI - Escada	GI - Goiana	GI- DG
COMPONENTE PROCESSO – AÇÕES EDUCATIVAS						
Realização de atividades coletivas nas USF sobre prevenção e controle da tuberculose.	61,4	90,5	50,0	75,0	50,0	70,5
Realização de atividades educativas para controle da tuberculose, em parcerias com escolas, igrejas, associações e outros equipamentos sociais da comunidade.	38,6	61,9	25,0	58,3	33,3	46,7
Realização de reuniões sobre tuberculose entre a equipe de saúde, para a qualificação dos ACS no que se refere a sua abordagem nas visitas domiciliares.	47,7	100,0	50,0	100,0	58,3	72,1

Fonte: A Autora

Quadro 4 B: PROJETO DE INTERVENÇÃO – COMPONENTE PROCESSO DO PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE (PCT) – nos cinco municípios de Pernambuco participantes do estudo “Enfrentamento da Tuberculose e Hanseníase na Atenção Primária de Municípios Prioritários de Pernambuco”.

RESULTADO ENCONTRADO	O QUÊ? (O que se pretende realizar?)	POR QUÊ? (Qual a justificativa?)	QUANDO? (Qual o prazo)	QUEM? (Quem executará?)	ONDE? (Onde será realizado)	COMO? (Como será feito)	QUANTO? (Quanto custará?)	COMO MEDIR? (Como mensurar?)
COMPONENTE PROCESSO – AÇÕES DE DIAGNÓSTICO								
Não realização de atividades coletivas sobre prevenção e controle da tuberculose em 29,5% das USF.								
Não realização de atividades educativas para controle da tuberculose, em parcerias com escolas, igrejas, associações e outros equipamentos sociais da comunidade, referida por 53,3% das USF.								
Não realização de reuniões sobre tuberculose entre a equipe de saúde, para a qualificação dos ACS no que se refere a sua abordagem nas visitas domiciliares em 27,9% das USF.								

Fonte: A Autora

Quadro 5 A: RESULTADOS – COMPONENTE ESTRUTURA E PROCESSO DO PROGRAMA DE CONTROLE DA HANSENÍASE (PCH) – Grau de Implantação das ações nos cinco municípios de Pernambuco selecionados para o estudo “Enfrentamento da Tuberculose e Hanseníase na Atenção Primária de Municípios Prioritários de Pernambuco”, após a intervenção do Programa SANAR, quadriênio 2015 – 2018.

INDICADOR	GI - Jaboatão	GI - Olinda	GI - Ipojuca	GI - Escada	GI - Goiana	GI- DG
COMPONENTE ESTRUTURA						
Disponibilidade de BCG no Município	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Poliqumioterapia (esquema básico para Hanseníase) disponibilizada aos pacientes em tempo oportuno (até 7 dias).	83,3	93,0	100,0	94,4	100,0	91,9
Medicamentos para tratamento da Reação Hansênica disponibilizada em tempo oportuno (até 7 dias).	0,0	56,1	33,3	50,0	14,3	30,9
Disponibilidade de material para diagnóstico da Hanseníase: 1) Kit para teste de sensibilidade; 2) Kit para teste de prevenção de incapacidade.	37,5	78,9	25,0	8,3	14,3	44,6
Disponibilidade de material para autocuidado: 1) Colírio lubrificante; 2) Pedra pome ou lixa; 3) Óleo mineral ou hidratante de uréia.	41,7	38,6	27,8	100,0	71,4	49,4
Referência Secundária estabelecida pelo Município.	100,0	100,0	100,0	75,0	100,0	97,2
Serviço de Reabilitação física no município.	37,5	94,7	100,0	100,0	85,7	77,8
COMPONENTE PROCESSO – MONITORAMENTO						
Preenchimento adequado do livro de registro e acompanhamento dos casos de hanseníase.	37,5	73,7	50,0	83,3	71,4	61,1
Uso da ficha de referência e contrarreferência.	6,3	84,2	33,3	50,0	52,4	47,5
Atualização mensal do boletim de acompanhamento dos casos de hanseníase.	31,3	100,0	66,7	100,0	42,9	68,5

Fonte: A Autora

Quadro 5 B: PROJETO DE INTERVENÇÃO – COMPONENTE ESTRUTURA E PROCESSO DO PROGRAMA DE CONTROLE DA HANSENÍASE (PCH) – nos cinco municípios de Pernambuco participantes do estudo “Enfrentamento da Tuberculose e Hanseníase na Atenção Primária de Municípios Prioritários de Pernambuco”.

RESULTADO ENCONTRADO	O QUÊ? (O que se pretende realizar?)	POR QUÊ? (Qual a justificativa?)	QUANDO? (Qual o prazo)	QUEM? (Quem executará?)	ONDE? (Onde será realizado)	COMO? (Como será feito)	QUANTO? (Quanto custará?)	COMO MEDIR? (Como mensurar?)
COMPONENTE ESTRUTURA								
A Poliquimioterapia (esquema básico) não está sendo disponibilizada aos pacientes, até 7 dias, em 8,1% das USF.								
Os medicamentos para tratamento das reações hansênicas , não estão sendo disponibilizados até 7 dias, em 69,1% das USF.								
Os materiais para diagnóstico da hanseníase não estão disponíveis em 55,4% das USF.								
Referência Secundária não estabelecida pelo Município, referida por 2,8% das USF.								
Serviço de Reabilitação física não estabelecida pelo Município, referida por 22,2% das USF.								
COMPONENTE PROCESSO – MONITORAMENTO								
Constatação de preenchimento inadequado do livro de acompanhamento dos casos de hanseníase em 38,9% das USF.								
Constatação de não uso da ficha de referência e contrarreferência em 57,5% das USF.								
Constatação de que o Boletim de acompanhamento dos casos de hanseníase não é atualizado, mensalmente, em 31,5% das USF.								

Fonte: A Autora

Quadro 6 A: RESULTADOS – COMPONENTE PROCESSO DO PROGRAMA DE CONTROLE DA HANSENÍASE (PCH) – Grau de Implantação das ações nos cinco municípios de Pernambuco selecionados para o estudo “Enfrentamento da Tuberculose e Hanseníase na Atenção Primária de Municípios Prioritários de Pernambuco”, após a intervenção do Programa SANAR, quadriênio 2015 – 2018.

INDICADOR	GI - Jaboatão	GI - Olinda	GI - Ipojuca	GI - Escada	GI - Goiana	GI- DG
COMPONENTE PROCESSO – AÇÕES DE DIAGNÓSTICO						
Realização de busca ativa de sintomáticos dermatoneurológicos.	75,0	94,7	83,3	83,3	85,7	85,5
Exame dos contatos de casos de hanseníase.	56,3	66,7	27,8	83,3	71,4	61,1
Casos de hanseníase diagnosticados na USF.	33,3	56,1	50,0	33,3	33,3	43,2
Identificação dos critérios para encaminhamento do paciente para Referência: 1) Reações Hansênicas; 2) Recidiva; 3) Efeitos adversos ao tratamento.	87,5	89,5	33,3	83,3	76,2	80,2
COMPONENTE PROCESSO – AÇÕES TERAPÊUTICAS						
Vacinação dos contatos de hanseníase com a BCG.	18,8	10,5	16,7	16,7	57,1	20,4
Distribuição de material de autocuidado aos pacientes de hanseníase.	87,5	89,5	33,3	100,0	57,1	79,6
Realização de dose supervisionada para todos os pacientes.	87,5	100,0	83,3	100,0	100,0	94,4
Casos de hanseníase que realizaram avaliação do grau de incapacidade no diagnóstico.	65,6	43,4	70,8	100,0	89,3	65,3
Casos de hanseníase que realizaram avaliação do grau de incapacidade no diagnóstico pela USF.	56,3	44,7	16,7	33,3	32,1	42,0
Realização da avaliação do grau de incapacidade durante o acompanhamento do paciente.	56,3	52,6	33,3	16,7	42,9	46,3
Realização da avaliação do grau de incapacidade após a alta por cura do paciente.	43,8	26,3	0,0	33,3	42,9	31,5
Realização de Busca ativa de faltosos ao tratamento da hanseníase através da visita domiciliar.	100,0	100,0	83,3	100,0	100,0	98,1
Orientação quanto ao autocuidado dos pacientes de hanseníase (olhos, mãos e pés).	81,3	94,7	83,3	100,0	85,7	88,9

Fonte: A Autora

Quadro 6 B: PROJETO DE INTERVENÇÃO – COMPONENTE PROCESSO DO PROGRAMA DE CONTROLE DA HANSENÍASE (PCH) – nos cinco municípios de Pernambuco participantes do estudo “Enfrentamento da Tuberculose e Hanseníase na Atenção Primária de Municípios Prioritários de Pernambuco”. **Continua**

RESULTADO ENCONTRADO	O QUÊ? (O que se pretende realizar?)	POR QUÊ? (Qual a justificativa?)	QUANDO? (Qual o prazo)	QUEM? (Quem executará?)	ONDE? (Onde será realizado)	COMO? (Como será feito)	QUANTO? (Quanto custará?)	COMO MEDIR? (Como mensurar?)
COMPONENTE PROCESSO – AÇÕES DE DIAGNÓSTICO								
Não realização de busca de sintomáticos dermatoneurológicos em 14,5% das USF.								
38,9% dos contatos de hanseníase não foram examinados na USF.								
56,8% dos casos de hanseníase não foram diagnosticados nas USF.								
Ignorância dos critérios para encaminhamento dos pacientes de hanseníase para referência secundária em 19,8% das USF.								
COMPONENTE PROCESSO – AÇÕES TERAPÊUTICAS								
79,6% dos contatos de hanseníase não foram vacinados com a BCG.								
20,4% das USF não distribuem materiais de autocuidados para os casos de hanseníase.								
5,6% das USF não realizam a dose supervisionada para todos os casos de hanseníase.								
34,7% dos casos de hanseníase não realizaram avaliação do grau de incapacidade no diagnóstico.								

58% dos casos de hanseníase não tiveram o grau de incapacidade avaliado no diagnóstico pela USF.								
53,7% das USF não realizam avaliação do grau de incapacidade durante o acompanhamento dos pacientes de hanseníase.								
68,5% das USF não realizam avaliação do grau de incapacidade após a alta por cura dos pacientes de hanseníase.								
Não realização da busca ativa de faltosos do tratamento da hanseníase através da visita domiciliar em 1,9% das USF.								
11,1% das USF não oferece orientações aos pacientes de hanseníase quanto ao autocuidado (olhos, mãos e pés).								

Fonte: A Autora

Quadro 7 A: RESULTADOS – COMPONENTE PROCESSO DO PROGRAMA DE CONTROLE DA HANSENÍASE (PCH) – Grau de Implantação das ações nos cinco municípios de Pernambuco selecionados para o estudo “Enfrentamento da Tuberculose e Hanseníase na Atenção Primária de Municípios Prioritários de Pernambuco”, após a intervenção do Programa SANAR, quadriênio 2015 – 2018.

INDICADOR	GI - Jaboatão	GI - Olinda	GI - Ipojuca	GI - Escada	GI - Goiana	GI- DG
COMPONENTE PROCESSO – AÇÕES EDUCATIVAS						
Realização de atividades coletivas nas USF sobre prevenção e controle da hanseníase.	53,1	100,0	33,3	83,3	64,3	72,2
Realização de atividades educativas para controle da hanseníase, em parcerias com escolas, igrejas, associações e outros equipamentos sociais da comunidade.	50,0	84,2	50,0	50,0	50,0	62,0
Realização de reuniões sobre hanseníase entre a equipe de saúde, para a qualificação dos ACS no que se refere a sua abordagem nas visitas domiciliares.	43,8	84,2	16,7	77,8	57,1	60,5

Fonte: A Autora

Quadro 7 B: PROJETO DE INTERVENÇÃO – COMPONENTE PROCESSO DO PROGRAMA DE CONTROLE DA HANSENÍASE (PCH) – nos cinco municípios de Pernambuco participantes do estudo “Enfrentamento da Tuberculose e Hanseníase na Atenção Primária de Municípios Prioritários de Pernambuco”.

RESULTADO ENCONTRADO	O QUÊ? (O que se pretende realizar?)	POR QUÊ? (Qual a justificativa?)	QUANDO? (Qual o prazo)	QUEM? (Quem executará?)	ONDE? (Onde será realizado)	COMO? (Como será feito)	QUANTO? (Quanto custará?)	COMO MEDIR? (Como mensurar?)
COMPONENTE PROCESSO – AÇÕES DE DIAGNÓSTICO								
Não realização de atividades coletivas sobre prevenção e controle da hanseníase em 27,8% das USF.								
Não realização de atividades educativas para controle da hanseníase, em parcerias com escolas, igrejas, associações e outros equipamentos sociais da comunidade, referida por 38,0% das USF.								
Não realização de reuniões sobre hanseníase entre a equipe de saúde, para a qualificação dos ACS no que se refere a sua abordagem nas visitas domiciliares em 39,5% das USF.								

Fonte: A Autora

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Segundo os autores, a aplicação da ferramenta 5W3H permite formular estratégias para melhoria da qualidade, visto que permite a descrição dos problemas e a proposição de ações estratégicas com definição dos responsáveis, meios de execução, estabelecimento de prazos e monitoramento através da mensuração dos resultados alcançados (CABRAL, ZEITOUNI E SOUZA, 2017).

Diante disso, acredita-se que este Projeto de Intervenção, proposto com a utilização da referida ferramenta, seja uma estratégia fundamental para deflagrar à discussão dos “principais entraves” encontrados neste estudo após a análise dos resultados, possibilitando importantes tomada de decisão para o aprimoramento do Programa SANAR.

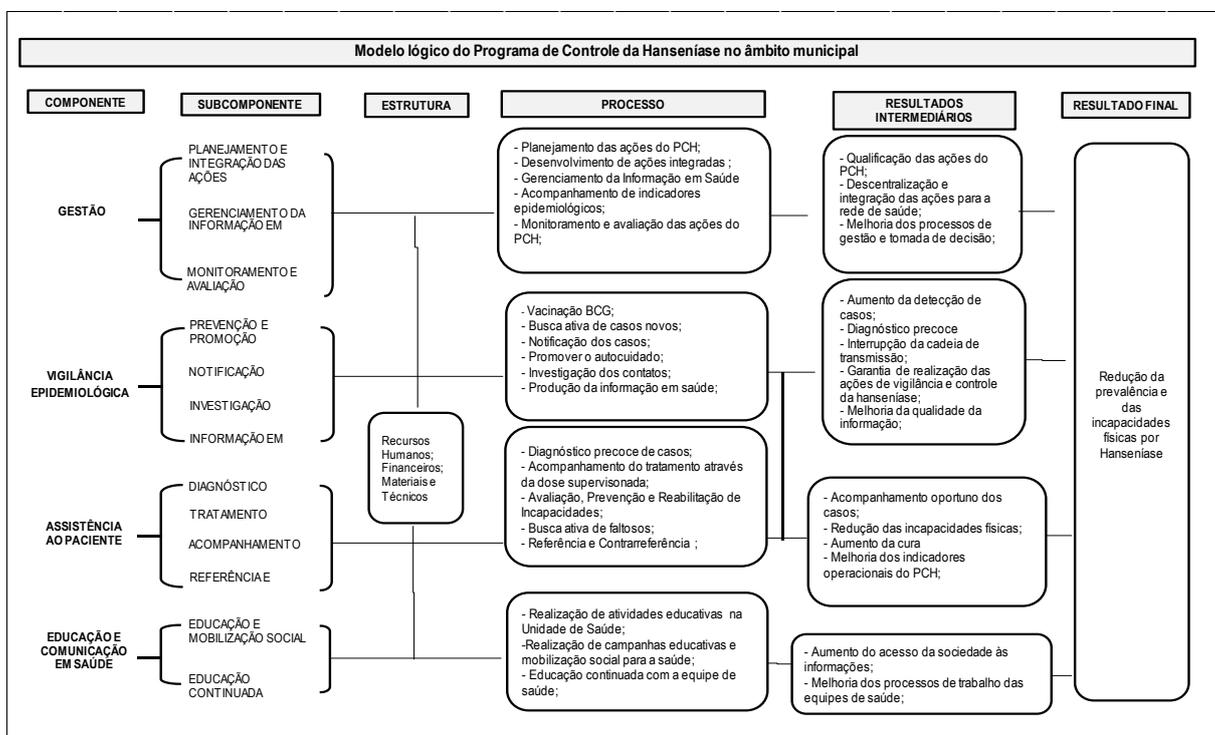
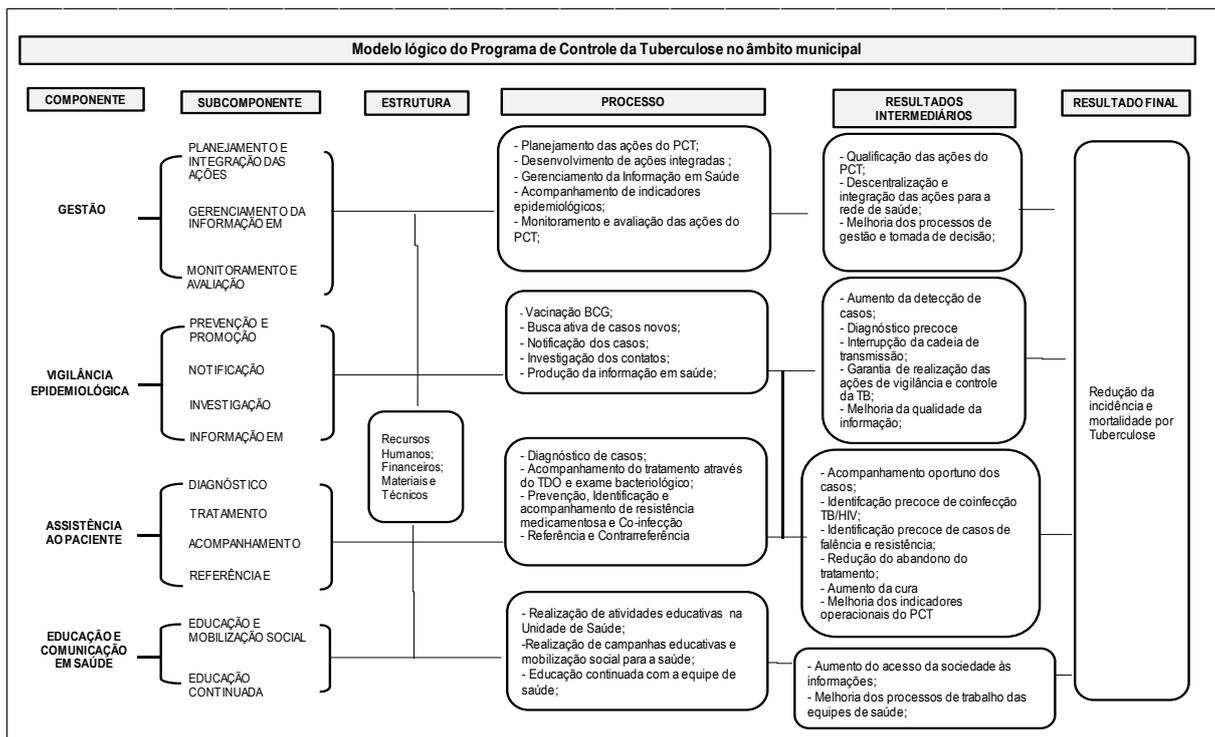
A utilização da ferramenta 5W3H, ora apresentada, poderá ser empregada para apresentação de resultados/tomada de decisão de outros programas.

ANEXOS

ANEXO A:

Modelo Lógico (ML) e Matriz Explicativa do ML dos Programas de Controle da Tuberculose e da Hanseníase

Modelo Lógico – Tuberculose e Hanseníase				
Componentes	Estrutura	Atividades	Resultados Intermediários	Impacto
Vigilância em Saúde	Recursos Humanos Técnicos da SES e dos municípios Recursos financeiros Diárias Combustível	<ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico situacional das ações de tuberculose e de hanseníase Apoio técnico aos coordenadores municipais do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) e Programa de Controle da Hanseníase (PCH) Acompanhamento da qualidade das informações do Sinan-TB/HAN Monitoramento da gestão municipal do PCT e do PCH Monitoramento e avaliação das ações do PCT e do PCH nos municípios prioritários 	(Re)organização do processo de trabalho da AB para tuberculose e hanseníase Fortalecimento das ações de tuberculose e hanseníase na AB Qualificação da assistência ao paciente de tuberculose e de hanseníase na AB Melhor resolatividade da AB para os casos de tuberculose e de hanseníase Qualificação da assistência ao paciente TBDR	Tuberculose: Curar 85% dos casos novos, reduzir o abandono do tratamento para 5% e reduzir a mortalidade em 20% nos 15 municípios prioritários até 2018. Hanseníase: Curar 90% dos casos novos e examinar 75% dos contatos nos 15 municípios prioritários até 2018.
Assistência à Saúde	Recursos materiais Equipamentos de informática e audiovisual EPI Material educativo Manuais, protocolos e notas técnicas	<ul style="list-style-type: none"> Matriciamento das Equipes de Saúde da Família para as ações de atenção e vigilância dos casos de tuberculose e de hanseníase Acompanhamento integrado de pacientes com resistência à drogas (TBDR) Orientação para preenchimento/produção das informações em tuberculose e em hanseníase Monitoramento das ações do PCT e PCH nas unidades básicas de saúde com maior número de casos 	Melhoria da qualidade da informações em saúde (Sinan TB/HAN) Melhoria nos indicadores operacionais do PCT e PCH Melhoria da integração entre a VE e AB no desenvolvimento das ações do PCT e PCH Trabalho coordenado por prioridades definidas	
Educação em Saúde		<ul style="list-style-type: none"> Realização de atividades educativas para populações suscetíveis 	Institucionalização do monitoramento e avaliação nas ações de tuberculose e de hanseníase Melhoria dos processos de gestão e tomada de decisão	



MATRIZ EXPLICATIVA DO MODELO LÓGICO PROPOSTO PARA O PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE, EM ÂMBITO MUNICIPAL.

Continua

COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	OBJETIVO DA IMPLANTAÇÃO	ESTRUTURA	PROCESSO	RESULTADOS INTERMEDIÁRIOS	IMPACTO
GESTÃO DO PCT	Planejamento e Integração das Ações	Auxiliar na orientação, organização e realização das atividades do PCT no município e aumentar a efetividade das ações de controle da TB por meio da articulação entre outras áreas.	Profissionais qualificados; Insumos; Equipamentos; Veículo; Serviços de apoio.	(1) Planejamento anual das ações de Controle da Tuberculose; (2) Planejamento de atividades integradas com a atenção básica; (3) Desenvolvimento de atividades integradas com foco em populações especiais (Co-Infetados; Indígenas, PPL; PVSR).	Qualificação das ações do PCT; Integração das ações para a rede de saúde; Melhoria dos processos de gestão e tomada de decisão.	Abandono do tratamento para 5% e Reduzir a mortalidade em 20%
	Gerenciamento da Informação em Saúde	Consolidar os dados coletados e transformá-los em informação que possibilite um diagnóstico da situação e auxiliar no planejamento das atividades do PCT.		(1) Fluxo de envio de notificação de casos instituído; (2) Acompanhamento da qualidade da informação/adequabilidade do preenchimento dos livros de Registro de Acompanhamento e de SR das US; (3) Retroalimentação das informações do SINAN-TB através de envio/recebimento dos Boletins de acompanhamento mensal para as equipes de saúde; (4) Acompanhamento de notificação/ encerramento oportuno das informações no SINAN-TB; (5) Consolidação e análise dos dados mensalmente, incluindo análise de duplicidade, completude e inconsistências (limpeza de banco); (6) Elaboração de boletim epidemiológico.		

MATRIZ EXPLICATIVA DO MODELO LÓGICO PROPOSTO PARA O PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE, EM ÂMBITO MUNICIPAL.

Continua

COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	OBJETIVO DA IMPLANTAÇÃO	ESTRUTURA	PROCESSO	RESULTADOS INTERMEDIÁRIOS	IMPACTO
GESTÃO DO PCT	Monitoramento e Avaliação	Subsidiar a gestão com informações oportunas para a tomada de decisão.	Profissionais qualificados; Insumos; Equipamentos; Veículo; Serviços de apoio.	(1) Realização de visitas de monitoramento (supervisão) às US; (2) Discussão e pactuação periódica de indicadores com a equipe de saúde; (3) Monitoramento e avaliação das ações.	Qualificação das ações do PCT; Integração das ações para a rede de saúde; Melhoria dos processos de gestão e tomada de decisão.	Abandono do tratamento para 5% e Reduzir a mortalidade em 20%
	Prevenção e Promoção	Oferecer medidas de prevenção evitando o adoecimento por tuberculose.	Profissionais qualificados; Insumos (vacinas, potes plásticos, medicamentos, fichas de notificação/investigação, livros de registro de acompanhamento, material educativo); Laboratório; Normas técnicas.	(1) Vacinação BCG em recém-nascidos; (2) Realização da quimioprofilaxia para os casos de ILTB; (3) Busca ativa de SR.	Aumento da detecção de casos; Diagnóstico precoce; Interrupção da cadeia de transmissão; Garantia de realização das ações de vigilância e controle da TB; Melhoria da qualidade da informação; Acompanhamento integral e oportuno dos casos; Identificação precoce de coinfeção TB/HIV; Identificação precoce de casos de falência e resistência; Redução do abandono do tratamento; Aumento da cura; Melhoria dos indicadores operacionais do PCT.	
Notificação	Conhecer a situação epidemiológica da doença para desencadear as medidas de intervenção	Notificação oportuna dos casos de tuberculose.				
Investigação	Avaliar a ocorrência da doença buscando interromper a cadeia de transmissão através da detecção e prevenção de novos casos.	Investigação dos contatos do caso de TB notificado.				
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	Informação em Saúde	Propiciar elementos para análise da situação da Tuberculose subsidiando a busca de possíveis alternativas de encaminhamento.		(1) Acompanhamento dos casos de TB através do preenchimento adequado dos livros de registro do PCT; (2) Retroalimentação mensal das informações do acompanhamento dos pacientes de TB à coordenação.		

MATRIZ EXPLICATIVA DO MODELO LÓGICO PROPOSTO PARA O PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE, EM ÂMBITO MUNICIPAL.

Continua

COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	OBJETIVO DA IMPLANTAÇÃO	ESTRUTURA	PROCESSO	RESULTADOS INTERMEDIÁRIOS	IMPACTO
ASSISTÊNCIA AO PACIENTE	Diagnóstico	Assegurar a veracidade da doença garantindo a confiabilidade da notificação para oferecer tratamento adequado ao paciente.	Profissionais qualificados; Insumos (vacinas, potes plásticos, medicamentos, fichas de notificação/ investigação, livros de registro de acompanhamento, material educativo); Laboratório; Normas técnicas.	Realização do diagnóstico dos casos na unidade de saúde.	Aumento da detecção de casos; Diagnóstico precoce; Interrupção da cadeia de transmissão; Garantia de realização das ações de vigilância e controle da TB; Melhoria da qualidade da informação; Acompanhamento integral e oportuno dos casos; Identificação precoce de coinfeção TB/HIV; Identificação precoce de casos de falência e resistência; Redução do abandono do tratamento; Aumento da cura; Melhoria dos indicadores operacionais do PCT.	Abandono do tratamento para 5% e Reduzir a mortalidade em 20%
	Tratamento	Assegurar a cura e prevenir a ocorrência de resistências.		Acompanhamento do Tratamento através do Tratamento Diretamente Observado - TDO para os pacientes em tratamento de TB.		
	Acompanhamento	Garantir a realização dos exames para identificar precocemente resistências e coinfeção TB/HIV.		(1) Acompanhamento Bacteriológico; (2) Solicitação de BK de acompanhamento mensal; (3) Solicitação de cultura para os casos indicados (retratamento; BK+ a partir do 2º mês de tratamento; co-infectados; contatos de TB resistente); (4) Organização de um fluxo de recolhimento de amostras para exame de escarro na US; (5) Oferta de teste HIV; (6) Disponibilidade de Raio-X para apoio diagnóstico e exame de contatos; (7) Entrega do resultado dos exames, oportunamente.		

MATRIZ EXPLICATIVA DO MODELO LÓGICO PROPOSTO PARA O PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE, EM ÂMBITO MUNICIPAL.

Continuação

COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	OBJETIVO DA IMPLANTAÇÃO	ESTRUTURA	PROCESSO	RESULTADOS INTERMEDIÁRIOS	IMPACTO
ASSISTÊNCIA AO PACIENTE	Referência e Contra-referência.	Garantir o acompanhamento integral do paciente com TB.	Profissionais qualificados; Insumos (vacinas, potes plásticos, medicamentos, fichas de notificação/investigação, livros de registro de acompanhamento, material educativo); Laboratório; Normas técnicas.	(1) Encaminhamento dos casos especiais aos serviços de referência (intolerâncias, comorbidades, resistências); (2) Acolhimento e acompanhamento conjunto dos casos encaminhados.	Aumento da detecção de casos; Diagnóstico precoce; Interrupção da cadeia de transmissão; Garantia de realização das ações de vigilância e controle da TB; Melhoria da qualidade da informação; Acompanhamento integral e oportuno dos casos; Identificação precoce de coinfeção TB/HIV; Identificação precoce de casos de falência e resistência; Redução do abandono do tratamento; Aumento da cura; Melhoria dos indicadores operacionais do PCT.	Abandono do tratamento para 5% e Reduzir a mortalidade em 20%
	Educação e Mobilização Social.	Sensibilizar a população quanto à pertinência das ações de promoção da saúde, prevenção e controle da Tuberculose.	Profissionais qualificados; Material educativo; apoio de mídia e divulgação.	Realização de atividades educativas com a comunidade nas Unidades de Saúde e Promoção de Campanhas de mobilização social contra a Tuberculose.	População sensibilizada sobre a situação da tuberculose.	
EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE	Educação Continuada.	Desenvolver a capacidade técnica dos profissionais das equipes de saúde nas ações de controle da TB.		Educação continuada com a equipe de saúde / Discussão dos casos de TB.	Equipe integrada e com profissionais capacitados e com habilidade para desempenhar as atividades do PCT.	

Fonte: Programa SANAR

MATRIZ EXPLICATIVA DO MODELO LÓGICO PROPOSTO PARA O PROGRAMA DE CONTROLE DA HANSENÍASE, EM ÂMBITO MUNICIPAL.

Continua

COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	OBJETIVO DA IMPLANTAÇÃO	ESTRUTURA	PROCESSO	RESULTADOS INTERMEDIÁRIOS	IMPACTO
GESTÃO DO PCH	Planejamento e Integração das Ações.	Auxiliar na orientação, organização e realização das atividades do PCH no município e aumentar a efetividade das ações de controle da Hanseníase por meio da articulação entre outras áreas.	Profissionais qualificados; Insumos; Equipamentos; Veículo; Serviços de apoio.	(1) Planejamento anual das ações de Controle da Hanseníase; (2) Planejamento de atividades integradas com a atenção básica.	Qualificação das ações do PCH; Integração das ações para a rede de saúde; Melhoria dos processos de gestão e tomada de decisão.	Alcançar cura em ≥90% dos casos de hanseníase e Ter ≥75% de contatos examinados.
	Gerenciamento da Informação em Saúde.	Consolidar os dados coletados e transformá-los em informação que possibilite um diagnóstico da situação e auxilie no planejamento das atividades do PCH.		(1) Fluxo de envio de notificação de casos instituído; (2) Acompanhamento da qualidade da informação/adequabilidade do preenchimento dos livros de Registro e controle de tratamento dos casos de hanseníase das US; (3) Retroalimentação das informações do SINAN através de envio/ recebimento dos Boletins de acompanhamento mensal para as equipes de saúde; (4) Acompanhamento de notificação/encerramento oportuno das informações no Sinan;		

MATRIZ EXPLICATIVA DO MODELO LÓGICO PROPOSTO PARA O PROGRAMA DE CONTROLE DA HANSENÍASE, EM ÂMBITO MUNICIPAL.

Continua

COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	OBJETIVO DA IMPLANTAÇÃO	ESTRUTURA	PROCESSO	RESULTADOS INTERMEDIÁRIOS	IMPACTO
GESTÃO DO PCH	Gerenciamento da Informação em Saúde.	Consolidar os dados coletados e transformá-los em informação que possibilite um diagnóstico da situação e auxilie no planejamento das atividades do PCH.	Profissionais qualifi-cados; Insumos; Equipamentos; Veículo; Serviços de apoio.	(5) Consolidação e análise dos dados mensalmente, incluindo análise de duplicidade, completude e inconsistências (limpeza de banco); (6) Elaboração de boletim epidemiológico.	Qualificação das ações do PCH; Integração das ações para a rede de saúde; Melhoria dos processos de gestão e tomada de decisão.	
	Monitoramento e Avaliação.	Subsidiar a gestão com informações oportunas para a tomada de decisão.		(1) Realização de visitas de monitoramento (supervisão) às US; (2) Discussão e pactuação periódica de indicadores com a equipe de saúde; (3) Monitoramento e avaliação das ações.		
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	Prevenção e Promoção	Oferecer medidas de prevenção evitando o adoecimento por Hanseníase e a instalação de incapacidades.	Profissionais qualificados; Insumos (vacinas, kit de sensibilidade e avaliação de incapacidades, medicamentos, fichas de notificação/ investigação, livros de registro de acompanhamento, material educativo); Normas técnicas.	(1) Realização de busca ativa de sintomático Dermatoneurológico; (2) Vacinação Contatos com BCG; (3) Garantir insumos de autocuidado ao paciente quando necessário.	Aumento da detecção de casos; Diagnóstico precoce; Interrupção da cadeia de transmissão; Prevenção de Incapacidades; Garantia de realização das ações de vigilância e controle da Hanseníase; Melhoria da qualidade da informação; Acompanhamento integral e oportuno dos casos; Identificação precoce de casos de Reação e Recidiva; Redução do abandono do tratamento; Aumento da cura; Melhoria dos indicadores operacionais do PCH.	Alcançar cura em ≥90% dos casos de hanseníase e Ter ≥75% de contatos examinados.
	Notificação	Conhecer a situação epidemiológica da doença para desencadear as medidas de intervenção		Notificação oportuna dos casos de Hanseníase.		

MATRIZ EXPLICATIVA DO MODELO LÓGICO PROPOSTO PARA O PROGRAMA DE CONTROLE DA HANSENÍASE, EM ÂMBITO MUNICIPAL.

Continua

COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	OBJETIVO DA IMPLANTAÇÃO	ESTRUTURA	PROCESSO	RESULTADOS INTERMEDIÁRIOS	IMPACTO
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	Investigação	Avaliar a ocorrência da doença buscando interromper a cadeia de transmissão através da detecção precoce prevenção de incapacidade.	Profissionais qualificados; Insumos (vacinas, kit de sensibilidade e avaliação de incapacidades, medicamentos, fichas de notificação/ investigação, livros de registro de acompanhamento, material educativo); Normas técnicas.	Investigação dos contatos do caso de Hanseníase notificado.	Aumento da detecção de casos; Diagnóstico precoce; Interrupção da cadeia de transmissão; Prevenção de Incapacidades; Garantia de realização das ações de vigilância e controle da Hanseníase; Melhoria da qualidade da informação; Acompanhamento integral e oportuno dos casos; Identificação precoce de casos de Reação e recidiva; Redução do abandono do tratamento; Aumento da cura; Melhoria dos indicadores operacionais do PCH	Alcançar cura em $\geq 90\%$ dos casos de hanseníase e Ter $\geq 75\%$ de contatos examinados.
	Informação em saúde	Propiciar elementos para análise da situação da Hanseníase subsidiando a busca de possíveis alternativas de encaminhamento.		(1) Acompanhamento dos casos de Hanseníase através do preenchimento adequado do livro de registro do PCH; (2) Retroalimentação mensal das informações do acompanhamento dos pacientes de Hanseníase à coordenação		

MATRIZ EXPLICATIVA DO MODELO LÓGICO PROPOSTO PARA O PROGRAMA DE CONTROLE DA HANSENÍASE, EM ÂMBITO MUNICIPAL.

Continua

COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	OBJETIVO DA IMPLANTAÇÃO	ESTRUTURA	PROCESSO	RESULTADOS INTERMEDIÁRIOS	IMPACTO
ASSISTÊNCIA AO PACIENTE	Diagnóstico	Assegurar a veracidade da doença garantindo a confiabilidade da notificação para oferecer tratamento adequado ao paciente	Profissionais qualificados; Insumos (vacinas, kit de sensibilidade e avaliação de incapacidades, medicamentos, fichas de notificação/ investigação, livros de registro de acompanhamento, material educativo); Laboratório; Normas técnicas;	Realizar o diagnóstico de casos novos através do exame Dermatoneurológico	Aumento da detecção de casos; Diagnóstico precoce; Interrupção da cadeia de transmissão; Prevenção de Incapacidades; Garantia de realização das ações de vigilância e controle da Hanseníase; Melhoria da qualidade da informação; Acompanhamento integral e oportuno dos casos; Identificação precoce de casos de Reação e recidiva; Redução do abandono do tratamento; Aumento da cura; Melhoria dos indicadores operacionais do PCH	Alcançar cura em ≥90% dos casos de hanseníase e Ter ≥75% de contatos examinados.
	Tratamento	Assegurar a cura e prevenir a ocorrência de incapacidades		Acompanhamento do Tratamento através da dose supervisionada		
	Acompanhamento	Garantir a realização da avaliação do grau de incapacidade para identificar precocemente as sequelas decorrentes da doença		(1) Avaliação do grau e incapacidade no diagnóstico; (2) Avaliação do grau de incapacidade na cura; (3) Busca ativa de faltosos através de visita domiciliar.		
	Referência e contrarreferência	Garantir o acompanhamento integral do paciente com Hanseníase		(1) Existência de referência; (2) Utilização de ficha de referência e contra referência; (3) Encaminhamento dos casos de hanseníase para reabilitação física.		

MATRIZ EXPLICATIVA DO MODELO LÓGICO PROPOSTO PARA O PROGRAMA DE CONTROLE DA HANSENÍASE, EM ÂMBITO MUNICIPAL.

Continuação

COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	OBJETIVO DA IMPLANTAÇÃO	ESTRUTURA	PROCESSO	RESULTADOS INTERMEDIÁRIOS	IMPACTO
EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE	Educação e mobilização social	Sensibilizar a população quanto à pertinência das ações de promoção da saúde, prevenção e controle da Hanseníase.	Profissionais qualificados; Material educativo; apoio de mídia e divulgação	Realização de atividades educativas com a comunidade nas Unidades de Saúde e Promoção de Campanhas de mobilização social contra a Hanseníase.	População sensibilizada sobre a situação da tuberculose.	Alcançar cura em ≥90% dos casos de hanseníase e Ter ≥75% de contatos examinados.
	Educação continuada	Desenvolver a capacidade técnica dos profissionais das equipes de saúde nas ações de controle da Hanseníase		Educação continuada com a equipe de saúde / Discussão dos casos de Hanseníase.	Equipe integrada e com profissionais capacitados e com habilidade para desempenhar as atividades do PCT	

Fonte: Programa SANAR

ANEXO B



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA EXECUTIVA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE
DIRETORIA GERAL DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE
GERÊNCIA DE DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL

Recife, 23 de abril de 2019

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Declaro estar ciente da realização da pesquisa: **Enfrentamento da Tuberculose e Hanseníase na Estratégia de Saúde da Família de Municípios Prioritários de Pernambuco**, da pesquisadora responsável: **Ana Carina Sotero Sena**, nas Unidades de Saúde sob gestão da Secretaria Estadual de Saúde/PE, e afirmo que o desenvolvimento deste projeto está condicionado à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Sendo assim autorizo sua execução, desde que a mesma cumpra com os requisitos da Res. CNS 466/12 e suas complementares e Res. nº580/2018 do Conselho Nacional de Saúde, comprometendo-se a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins de pesquisa.

Helena Mello
A Claudia Lins
Gerente de Desenvolvimento

Liliane Macedo Cavalcante
Coordenadora de Estágios
Diretora Geral de Educação em Saúde
SESPE-Mat. 389.912-2

Rua Dona Maria Augusta Nogueira, 519 – Bongí – Recife – PE
CEP: 50.751-530 - Fone: 3184-0031/ 3184-0032/ 3184-0033