**INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA**
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO EM SAÚDE**
**MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO EM SAÚDE**

**MONIQUE FEITOSA DE SOUZA**

# ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE CONTROLE DA HANSENÍASE EM CAMARAGIBE

RECIFE, 2014

**MONIQUE FEITOSA DE SOUZA**

# ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE CONTROLE DA HANSENÍASE EM CAMARAGIBE

Dissertação apresentada ao Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Avaliação em Saúde

**Linha de Pesquisa:** Avaliação das Intervenções de Saúde

**Orientador:** Profª. Dra. Lygia Carmen de Moraes Vanderlei

**Coorientadores:** Prof. Dr. Paulo Germano de Frias

Profª. Ms. Rosilene Hans

RECIFE

2014

Ficha Catalográfica
Preparada pela Biblioteca Ana Bove
Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, Imip

---

S729a Souza, Monique Feitosa de Souza

Análise da implantação do Programa de Controle da Hanseníase em Camaragibe / Monique Feitosa de Souza; orientadora Lygia Carmen de Moraes Vanderlei; coorientadores Paulo Germano de Frias e Rosilene Hans. – Recife: Do Autor, 2014.
80 f.: il.

Dissertação (Mestrado) – Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, 2014.

1. Avaliação em saúde. 2. Programas de saúde. 3. Projetos de saúde. 4. Controle de doenças transmissíveis. 5. Atenção primária à saúde. 6. Epidemiologia. I. Vanderlei, Lygia Carmen de Moraes, orientadora. II. Frias, Paulo Germano de, coorientador. III. Hans, Rosilene, cooerientadora. IV. Título.

CDD 362.1072

---

MONIQUE FEITOSA DE SOUZA

# ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE CONTROLE DA HANSENÍASE EM CAMARAGIBE

Dissertação apresentada ao Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Avaliação em Saúde

Aprovada em:_____de _____ de 2014.

BANCA EXAMINADORA

Examinador externo: _____
Maria Ilk Nunes de Albuquerque - Universidade Federal de Pernambuco

Examinador interno: _____
Renata Patrícia Freitas Soares de Jesus - Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira

Orientador: _____
Lygia Carmen de Moraes Vanderlei - Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira

Dedico esta dissertação a Deus, que está presente em todos os momentos da minha vida, me guiando, fortalecendo e me fazendo superar cada obstáculo; à minha família, que é a minha base, alicerce, e onde busco forças para enfrentar cada novo desafio; ao meu noivo, por toda compreensão, apoio, incentivo e companheirismo em todos os momentos deste projeto e da minha vida; aos meus amigos e a todos que me apoiaram na construção e concretização de mais um sonho.

# AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por todas as maravilhas que tem proporcionado em minha vida, e por me dar forças para conseguir vencer mais uma etapa e concluir mais um ciclo.

A minha família e ao meu noivo que estiveram presentes em todos os momentos deste longo processo, me apoiando, incentivando e ajudando exaustivamente na conclusão deste trabalho.

A todos os meus amigos que participaram ativamente em vários momentos dessa trajetória, em especial a Karla Kelline, Ana Beatriz, Dafne Borba, Bruno Barbosa, Danyella Travassos.

A todos os integrantes da turma do Mestrado de Avaliação em Saúde, sempre dispostos a ajudar e compartilhar, caminhando juntos na construção do conhecimento.

A todos os participantes da pesquisa, pois sem eles não teria sido possível a conclusão deste trabalho.

À minha orientadora Lygia Carmen e ao coorientador Paulo Frias, por me proporcionarem crescimento no campo da pesquisa avaliativa, pela paciência e incansável tarefa de nortear e conduzir.

A toda a equipe do Imip, em especial a Isabella Samico, Eronildo Felisberto, Ana Telma, Suelly Arruda, aos professores e a Diana, por todo acolhimento, escuta, empenho em ajudar aos mestrandos em suas particularidades, por toda confiança e por me proporcionar crescimento profissional e aprimoramento em serviço.

# RESUMO

**Objetivo:** Avaliar a implantação do Programa de Controle da Hanseníase (PCH) no município de Camaragibe-PE em 2013. **Método:** Pesquisa avaliativa do tipo análise de implantação em seu segundo componente, referente à análise da influência do Grau de Implantação (GI) sobre os efeitos observados, tendo como estratégia de investigação o estudo de caso único. Foi elaborado o modelo lógico do PCH e, a partir deste, a matriz de indicadores e julgamento. Para apreciação do GI foram utilizados indicadores de estrutura e processo. Os indicadores de efeito foram relacionados ao GI. Os indicadores foram obtidos a partir de dados primários, através de entrevistas e observação não participante, e dos dados secundários do Sistema de Informação de Agravos de Notificação em Hanseníase, no triênio 2010 a 2012. E, ao imbricar o GI de cada um dos componentes e da dimensão global do PCH aos resultados observados, obteve-se a análise da influência do GI sobre esses efeitos. **Resultados**: O GI do PCH de Camaragibe foi avaliado como incipiente (58,3%), evidenciando que algumas áreas precisavam de atuação mais intensiva para o alcance das normas preconizadas para o programa, tais como: ausência do serviço de referência; baixa resolutividade da gestão; fragilidade nas ações da Vigilância Epidemiológica e no sistema de informação; inadequação na infraestrutura, déficit nos recursos humanos (RH), financeiros e materiais; precária realização de atividades educativas, na formação de parcerias e na promoção de capacitação para os profissionais. Esses aspectos refletiram nos efeitos observados, pois, no panorama geral, o município se manteve com indicadores insatisfatórios. **Conclusões**: Os investimentos tecnológicos, financeiros e em RH foram insuficientes para a qualificação da rede municipal de atenção aos pacientes com hanseníase, apontando para problemas na organização dos serviços, operacionalização de algumas atividades, além da dissociação entre planejamento, monitoramento, gerenciamento e execução das ações de controle, confluindo na baixa resolutividade, incipiência na prestação de serviços e em ações de qualidade.



**Palavras-chave:** Avaliação em Saúde; Programas e Projetos de Saúde, Controle de Doenças Transmissíveis, Atenção Primária à Saúde.

# ABSTRACT

**Objective:** Evaluate the implementation of the (LCP -Leprosy Control Program) in the city of Camaragibe-PE in 2013. **Method:** Evaluative research of the implementation analysis type in its second component, referring to the analysis of the influence of the (ID - Implementation Degree) of observed effects, having as an investigation strategy, the single case study. The logical model of the LCP was prepared, and, from this, indicators and judgment's matrix. For assessment of ID structure and process indicators were used. Effect indicators were related to ID. The indicators were obtained from primary data through interviews and non-participant observation and, the secondary data, from the Information System for Notification Diseases in Leprosy, in the triennium 2010-2012.And to imbricate the ID of each component and of the overall size of the LCP to the results observed, it was obtained the analysis of the influence of the ID on these effects. **Results:** The ID of the Camaragibe's LCP was evaluated as incipient (58,3 %), showing that some areas need more intensive action to achieve the standards established by the program, such as the absence of reference service; poor solutions management; fragility in the Epidemiological Surveillance actions, and in the information system; inadequacy in infrastructure, deficit in human, financials and materials resources; precarious implementation of educational activities, in building partnerships, and in promoting training for professionals. These aspects reflected in the observed effects, because in general panorama, the city remained with unsatisfactory indicators. **Conclusions:** The technology investments, financial and human resources were insufficient for qualification of municipal attention to leprosy patients, pointing to problems in the organization of services, execution of some activities, besides dissociation between planning, monitoring, management and execution of control measures, converging in low resolution, incipient in service delivery and quality actions.



**Keywords**: Health Evaluation; Program and Health Projects; Communicable Disease Control; Primary Health Care.

# LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|---|---|
| AB | Atenção Básica |
| ACH | Ações de Controle da Hanseníase |
| ACS | Agente Comunitário de Saúde |
| BA | Boletim de Acompanhamento |
| BCG | Bacilo de Calmette-Guérin |
| EqSF | Equipe de Saúde da Família |
| ER | Equipe de Referência |
| ESF | Estratégia de Saúde da Família |
| Geres | Gerência Regional de Saúde |
| GI | Grau de Implantação |
| GIF | Grau de Incapacidade Física |
| IMIP | Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira |
| MB | Multibacilar |
| MS | Ministério da Saúde |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| PACS | Programa de Agentes Comunitários de Saúde |
| PB | Paucibacilar |
| PCH | Programa de Controle da Hanseníase |
| PMCH | Programa Municipal de Controle da Hanseníase |
| PNCH | Programa Nacional de Controle da Hanseníase |
| PQT | Poliquimioterapia |
| PSF | Programa de Saúde da Família |
| RH | Recursos Humanos |
| RMR | Região Metropolitana do Recife |
| RPA | Regiões Político-Administrativas |
| SES | Secretaria de Estado de Saúde |
| Sinan | Sistema de Informação de Agravos de Notificação |
| SMS | Secretaria Municipal de Saúde |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TO | Terapeuta Ocupacional |
| UR | Unidade de Referência |
| US | Unidade de Saúde |
| USF | Unidade de Saúde da Família |
| VE | Vigilância Epidemiológica |
| WHO | World Health Organization |

# LISTA DE ILUSTRAÇÕES

**Figura 1 -** Principais marcos das Políticas Públicas de Controle da Hanseníase no Mundo, Brasil e em Pernambuco 17

**Figura 2 -** Modelo Lógico resumido do Programa de Controle da Hanseníase em nível municipal 29

# LISTA DE QUADROS

**Quadro 1 -** Estudos sobre a avaliação do Programa de Hanseníase, no período de 2002 a 2012..... 21

**Quadro 2 -** Profissionais entrevistados na avaliação do Programa Municipal de Controle da Hanseníase, segundo função exercida no programa - Camaragibe/PE, 2013..... 27

**Quadro 3 -** Documentação utilizada para construção do modelo lógico..... 28

**Quadro 4 -** Matriz de julgamento do Programa de Controle da Hanseníase, dimensão, estrutura e processo – Camaragibe/PE, 2013..... 30

**Quadro 5 -** Matriz de Julgamento do Programa de Controle da Hanseníase referente aos efeitos - Camaragibe/PE, 2013..... 33

**Quadro 6** - Pontuação alcançada nos indicadores utilizados na avaliação do Grau de Implantação do Programa de Controle da Hanseníase, segundo o componente do modelo lógico – Camaragibe/PE, 2013..... 37

**Quadro 7** - Grau de Implantação do Programa de Controle da Hanseníase - Camaragibe/PE, 2013..... 39

**Quadro 8** - Resultados do Programa de Controle da Hanseníase - Camaragibe/PE, 2010-2013..... 42

# LISTA DE TABELAS

**Tabela 1 -** Casos novos e coeficiente de detecção geral em hanseníase por Regiões da Organização Mundial de Saúde (OMS), no ano de 2012..... 14

**Tabela 2 -** Perfil da população de estudo - Camaragibe-PE, 2013..... 36

# SUMÁRIO


1. INTRODUÇÃO ..... 13
1.1 **Situação epidemiológica da Hanseníase** ..... 14
1.2 **Políticas públicas de controle da Hanseníase** ..... 16
1.3 **Avaliação em saúde** ..... 19
1.4 **Estudos avaliativos voltados para o Programa de Controle da Hanseníase** ..... 20
2. JUSTIFICATIVA ..... 23
3. OBJETIVOS..... 24
3.1 **Geral** ..... 24
3.2 **Específicos** ..... 24
4. METODOLOGIA..... 25
4.1 **Desenho do estudo** ..... 25
4.2 **Área do estudo** ..... 25
4.3 **População do estudo e período de coleta dos dados**..... 25
4.3.1 Critérios de inclusão e exclusão..... 26
4.4 **Técnicas e instrumentos de coleta dos dados** ..... 26
4.5 **Etapas da avaliação** ..... 27
4.6 **Processamento dos dados** ..... 35
4.7 **Aspectos éticos** ..... 35
5. RESULTADOS..... 36
5.1 **Perfil da população do estudo** ..... 36
5.2 **Avaliação do Grau de Implantação** ..... 37
5.3 **Análise dos Efeitos** ..... 42
6. DISCUSSÃO ..... 45
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS ..... 51
8. RECOMENDAÇÕES ..... 52
9. REFERÊNCIAS ..... 53
10. APÊNDICES ..... 60
Apêndice A – Instrumento 1 - Profissional responsável pela coordenação do Programa Municipal de Controle da Hanseníase/Vigilância Epidemiológica..... 60
Apêndice B – Instrumento 2 – Profissional Responsável por desenvolver as Ações de Controle da Hanseníase nos serviços de saúde ..... 65
Apêndice C – Instrumento 3 - Agente Comunitário de Saúde ..... 70
Apêndice D – Modelo lógico do Programa de Controle da Hanseníase em âmbito municipal..... 72
Apêndice E – Instrumento 4 - Roteiro de Observação dos serviços de saúde.... 74
Apêndice F – Instrumento 5 - Roteiro de Observação Nível Central ..... 75
Apêndice G – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..... 77
11. ANEXOS..... 79
Anexo A - Parecer do Comitê de Ética ..... 79
Anexo B - Carta de Anuência ..... 80

# 1. INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma das doenças mais antigas que acometem a humanidade, havendo descrições sobre a mesma, nas escrituras bíblicas, há aproximadamente 4.000 anos a.C. Provavelmente, originou-se na Ásia e África, e a partir destes continentes houve a propagação da infecção para o resto do mundo [1].

Na Idade Média, a doença apresentava elevada incidência e magnitude no Oriente Médio e Europa, declinando no continente europeu, entre os séculos XVII e XIX, devido às melhorias das condições de vida da população. Concomitantemente, os focos endêmicos eram mantidos na Ásia e África e se propagavam no Novo Mundo através das conquistas espanholas e portuguesas. No período colonial, a América Latina torna-se progressivamente uma nova área endêmica [2-4].

No Brasil, a introdução da hanseníase foi atribuída aos colonizadores portugueses. Os primeiros casos foram notificados por volta de 1600, no Rio de Janeiro. A doença foi mais evidenciada no período colonial, da metade do século XVIII até o início do XIX, e em meados deste século houve declínio, voltando a se expandir nas regiões de fronteiras com os países limítrofes devido às correntes migratórias [2,4,5].

A hanseníase é uma doença infecto-contagiosa de evolução crônica, transmitida pelo *Mycobacterium leprae*, que acomete, preferencialmente, pele e nervos periféricos, característica peculiar da enfermidade[6,7]. Apresenta-se nas formas clínicas indeterminada, tuberculóide, dimorfa e virchowiana. Para fins operacionais, as duas primeiras são categorizadas como paucibacilares e as demais como multibacilares. O tratamento é realizado através da poliquimioterapia (PQT), de acordo com as referidas classificações operacionais [6,8].

Dentre as doenças infecto-contagiosas, é a que mais causa incapacidades físicas permanentes[9], além de deformidades nos olhos, mãos e/ou pés, que limitam a produtividade econômica e a vida social [10,11]. Todo este contexto contribui para a relevância da doença como problema de saúde pública no Brasil e em alguns países do mundo. O diagnóstico precoce e o correto manejo das reações hansênicas e neurites podem evitar a evolução da doença, a estigmatização e a discriminação dos doentes e suas famílias [6,12].

## 1.1 Situação epidemiológica da Hanseníase

A taxa de prevalência da hanseníase diminuiu nos últimos 20 anos, em nível global em 90,0%, decrescendo de 21,1/10.000 habitantes, para menos de um caso por 10.000 hab., entre 1980 e 2000. Houve uma diminuição drástica da carga da doença, de 5,2 milhões de casos novos, em 1985, para 232.857, no final de 2012 [13].

Em todo o mundo, mais de 14 milhões de pacientes com hanseníase foram curados, nos últimos 20 anos. Atualmente, os esforços para sua eliminação se concentram nos bolsões de alta endemicidade, situados em algumas áreas do Brasil, Indonésia, Nigéria, Etiópia, Congo, Bangladesh, Índia, Myanmar, Nepal e Tanzânia. Locais onde há os maiores indicadores de pobreza, desnutrição, migração interna e processos de urbanização desordenada, nos quais a doença permanece como um importante problema de saúde pública [13,14].

A tabela 1, a seguir, ilustra a situação epidemiológica da hanseníase no mundo, em 2012.

**Tabela1 -** Casos novos e coeficiente de detecção geral em hanseníase por Regiões da Organização Mundial de Saúde (OMS), no ano de 2012

| **Regiões da OMS[a]** | **N.° de casos novos detectados** | **Coeficiente de Detecção geral geral[b]** |
|---|---|---|
| Sudeste Asiático | 166.445 | 8,98 |
| Américas | 36.178 | 4,14 |
| África | 20.599 | 3,05 |
| Pacífico Ocidental | 5.400 | 0,30 |
| Mediterrâneo Oriental | 4.235 | 0,72 |
| **Total** | **232.857** | **4.00** |

**Fonte***:* WHO, 2013
[a]– Os Relatórios da Região Europeia não foram enviados até a conclusão do boletim epidemiológico
[b]- O Coeficiente de detecção geral é o número de casos por 100.000 habitantes

Embora, no panorama mundial, a Índia e o Brasil tenham apresentado um decréscimo no número de casos novos detectados a partir de 2006, ambos se mantêm como o primeiro e segundo país em incidência de casos novos, respectivamente. Em 2011, estes dois países, junto com a Indonésia, contribuíram com 83,0% do número de casos novos em todo o mundo, sendo 127.295 casos novos detectados na Índia, que

corresponderam a 58,0% da proporção mundial de casos, no Brasil 33.955, correspondendo a 16,0%, e na Indonésia 20.023, representando 9,0% [13,14].

Nas Américas, o Brasil é o país que mais contribui com a carga da doença [6], pois historicamente apresenta elevadas desigualdades econômicas e sociais. Nas regiões mais desfavoráveis, como o Norte e o Centro-Oeste, e em algumas áreas metropolitanas do Nordeste, a hanseníase permanece com elevada magnitude [14,15].

De acordo com os parâmetros do Ministério da Saúde (MS), o coeficiente de detecção anual de casos novos de hanseníase por 100.000hab., muito alto equivale aos valores de 20,00 a 39,99/100.000 hab.; o coeficiente de detecção anual de casos novos na população de 0 a 14 anos, hiperendêmico corresponde a $\geq$ 10/100.000 hab., muito alto, aos valores 5,00 a 9,99/100.000 hab. Para a proporção de cura, precário, equivale ao parâmetro < 75% [16].

Em 2011, Pernambuco ocupou, no panorama nacional, a 9ª e 5ª posições em coeficiente de detecção geral e em menores de quinze anos, respectivamente, e, na Região Nordeste, o 3º e 2º lugares nos referidos coeficientes [17].

Na última década, foram detectados, no Estado, aproximadamente 2.500 casos novos da doença, a cada ano, sendo 2.561 em 2012, evidenciando coeficientes de detecção geral e em menores de quinze anos, de muito alto (28,7/100.000 hab.) a hiperendêmico (11,5/100.000 hab.), respectivamente [18].

Esses números são indicativos de um intenso processo de transmissão da doença, favorecendo sua expansão no Estado, que, a exemplo do restante do País, não é homogênea. Apesar de haver casos notificados em quase todos os municípios, a maior concentração ocorre na Região Metropolitana do Recife (RMR) [18,19].

Um dos municípios que compõem essa região, Camaragibe, classifica-se como um dos mais endêmicos para hanseníase, no Estado. Em 2010, apresentou uma proporção de cura equivalente a 73,0%, considerada precária, coeficientes de detecção geral e em menores de quinze anos de 33,5 e 8,6 por 100.000 hab., ambos muito altos[18].

Entre 2011 e 2012, o município manteve-se com baixa proporção de cura, coeficientes de detecção geral e em menores de quinze anos variando do parâmetro muito alto a hiperendêmico[18], tratando-se, portanto, de uma região com elevada transmissibilidade, já que este último indicador relaciona-se diretamente à magnitude e gravidade de disseminação da doença [19].

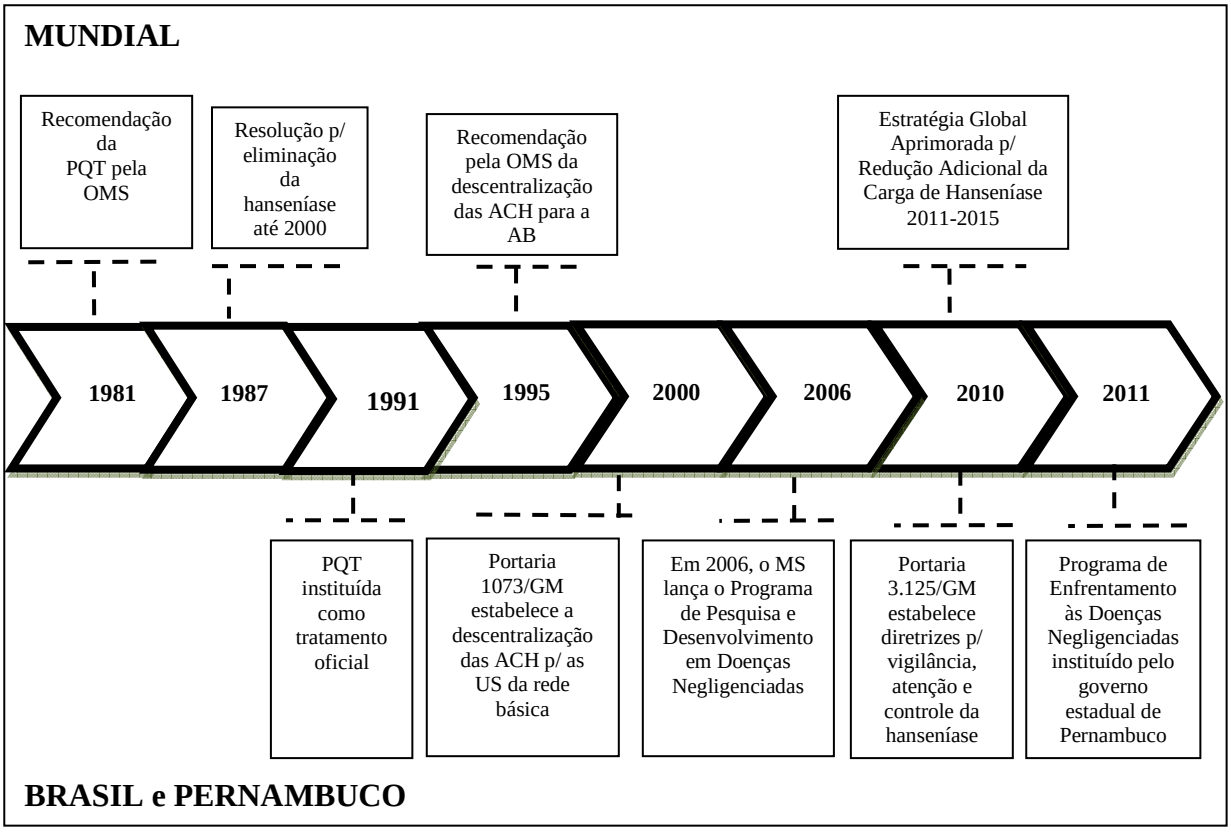
## 1.2 Políticas públicas de controle da Hanseníase

As políticas públicas para o controle da hanseníase, em todo o mundo, passaram por um longo período de estagnação, restringindo-se ao isolamento compulsório, prática violenta e de baixa eficácia [20]. Posteriormente, a utilização da PQT no tratamento dos doentes, a estratégia de eliminação da doença nos países endêmicos a menos de um caso por 10.000 habitantes e a descentralização das Ações de Controle da Hanseníase (ACH) para a Atenção Básica representaram significativos progressos nessas políticas [21-24]. Esses marcos encontram-se evidenciados na figura 1.

Contudo, como a hanseníase acomete principalmente a população de baixa renda, esses avanços não foram suficientes para retirá-la do patamar de problema de saúde pública, em alguns países. Com as políticas nacionais e internacionais direcionadas para o enfrentamento das doenças negligenciadas, a hanseníase volta a ter maior visibilidade, sendo priorizadas intervenções voltadas não só para a acessibilidade, prevenção, controle e eliminação, mas para a população mais suscetível à doença [25].

A figura 1 a seguir ilustra, de forma resumida, os principais marcos das Políticas Públicas de Controle da Hanseníase no mundo, no Brasil e em Pernambuco.

**Figura 1** - Principais marcos das Políticas Públicas de Controle da Hanseníase no Mundo, no Brasil e em Pernambuco




*ACH - Ações de Controle da Hanseníase; *AB - Atenção Básica; * OMS- Organização Mundial de Saúde; * PQT- Poliquimioterapia; *US – Unidade de Saúde;*MS – Ministério da Saúde

Com a Constituição Federal de 1988 foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS) que, em sequência, foi regulamentado pelas leis 8.080 e 8.142, de 1990, fundamentais no processo de reforma da saúde no país, instrumentalizando a descentralização das ações e serviços [26].

Em 1991, o MS criou o Programa de Agentes Comunitários (PACS) e, em 1994, o governo federal assumiu a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), passando, posteriormente, ao status de Estratégia de Saúde da Família (ESF), concebida para a reestruturação do modelo de assistência à saúde do país, desenvolvendo a AB de forma integral e resolutiva. O município de Camaragibe aderiu ao PSF desde 1994, sendo pioneiro, dentre os municípios com mais de 100 mil habitantes [26,27].

Em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, a hanseníase foi incluída entre as doenças atendidas pela rede de AB, como parte da política de descentralização

das ACH. Sendo considerada a melhor estratégia adotada pelo Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH) para a diminuição da carga da doença e quebra da cadeia de transmissão na população, além de delegar responsabilidades a todas as esferas de governo. Essa política iniciou-se no país em 1998, através do compromisso da "Aliança Global para a Eliminação da Hanseníase", formada por representantes de países endêmicos, OMS e algumas instituições, na qual foram definidas as estratégias para a eliminação da hanseníase em todos os países, até 2005 [29,30].

Adicionalmente, fortalecendo a descentralização das ACH para a rede de AB, como principal diretriz para o alcance da meta de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública, é publicada, em 2000, a portaria nº 1073/GM, pelo MS, ressaltando que as equipes devem ser capazes de desenvolver as ACH na sua integralidade, através do diagnóstico precoce, facilidade de acesso ao tratamento, prevenção e controle das incapacidades físicas, referenciando os casos aos serviços de maior complexidade, apenas quando necessário. Estes devem atuar, especificamente, esclarecendo diagnósticos, confirmando recidivas, tratando os episódios reacionais e as intercorrências [31-34].

Em 2001, com a adoção dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, pelos países membros da Organização das Nações Unidas (ONU), da qual o Brasil é signatário, iniciam-se, em nível internacional, as definições de estratégias para o enfrentamento das doenças negligenciadas, que acometem, predominantemente, as populações mais pobres e vulneráveis. Ratificando esses objetivos, a OMS estabelece o Plano Mundial de Luta Contra as Doenças Tropicais Negligenciadas (2008-2015) [35,36]. No panorama nacional é lançado, em 2006, o Programa de Pesquisa e Desenvolvimento em Doenças Negligenciadas, pelo MS, sendo estabelecidas sete prioridades de atuação, dentre essas, a hanseníase.

Em consonância com o fortalecimento dessas estratégias, Pernambuco foi o primeiro Estado brasileiro a desenvolver, desde 2011, um programa direcionado ao combate dessas doenças, com o objetivo de eliminá-las ou reduzi-las até 2014. As atividades incluem o fortalecimento e ampliação dos investimentos para as equipes de saúde da família (EqSF) e Vigilância Epidemiológica, capacitação para a identificação e manejo clínico adequado, ampliação do diagnóstico e melhoria no acesso aos tratamentos e medicamentos, em 108 municípios prioritários[25].

Em 2010, é instituída a Portaria 3.125/GM, que norteia, de forma incisiva, as práticas voltadas à atenção, vigilância, gestão, educação em saúde e mobilização social, visando a organização dos serviços e o fortalecimento das ACH, a promoção da saúde com base na educação permanente e na assistência integral aos portadores da doença [16].

A evolução das políticas de saúde de controle da hanseníase no Brasil demonstra a importância de diversas instituições (nacionais, internacionais, não governamentais) na proposição de ações, no apoio estratégico complementar às ações governamentais e na mobilização social. No entanto, sabe-se que, para a consolidação de políticas no contexto da descentralização existem muitos desafios, representando um processo complexo, condicionado por vários fatores, especialmente pela organização tecnológica já instituída nos serviços de AB[15].

### 1.3 Avaliação em saúde

A avaliação pode contribuir para tornar uma intervenção mais coerente, utilizando métodos científicos válidos e reconhecidos, bem como, através de uma análise sistemática que a descreva e explique. Ademais, pode auxiliar na tomada de decisão, planejamento e aperfeiçoamento das ações, a fim de garantir a aproximação com a realidade, a qualidade dos serviços e a melhoria social [37,38].

Independente do tipo de intervenção, pode-se utilizar dois tipos de avaliação: a normativa e a pesquisa avaliativa. A primeira é utilizada quando se quer verificar cada componente através de critérios e normas; a segunda baseia-se em métodos científicos válidos para analisar as relações existentes entre os componentes da intervenção. A pesquisa avaliativa pode ser decomposta em seis tipos de análises distintas: estratégica, lógica, da produtividade, dos efeitos, da eficiência e da implantação[38].

A análise de implantação objetiva avaliar as relações entre a variação do grau de implantação de uma intervenção, nos seus efeitos e/ou no contexto em que está implantada[39]. Pode ser abordada em três componentes: o primeiro se refere à análise dos determinantes contextuais no grau de implantação das intervenções; o segundo, à influência das variações do grau de implantação sobre os efeitos observados; e o terceiro, à interação entre o contexto e as variações da implantação nos efeitos observados.

Para a avaliação não há uma metodologia ideal ou abordagem correta, devendo-se considerar a organização dos métodos e instrumentos para o alcance dos objetivos e para emissão de um juízo de valor sobre a intervenção avaliada [40]. Uma das estratégias para a avaliação da qualidade dos serviços requer a seleção de um conjunto de indicadores representativos da estrutura, processo e resultado, embora sua validade preceda a existência de relação causal, na qual a estrutura corresponde aos recursos materiais, humanos e organizacionais; o processo se refere ao conjunto de atividades desenvolvidas na relação entre profissional e usuário; e os resultados estariam relacionados ao produto das ações [41,42].

## 1.4 Estudos avaliativos voltados para o Programa de Controle da Hanseníase

Na revisão bibliográfica sobre a avaliação de programas de hanseníase no Brasil, evidenciou-se que a maioria das publicações se referia à distribuição espacial da doença, validação do diagnóstico clínico e/ou à análise dos indicadores epidemiológicos do programa [14,43 - 45].

Estudos avaliativos sobre o programa e serviços voltados para o controle da hanseníase são menos comuns. Entretanto, alguns deles abordam a avaliação na perspectiva da qualidade da prestação de serviços, acessibilidade, análise descritiva dos indicadores, análise do perfil epidemiológico e operacional da doença, avaliação de programas e análise de implantação.

O quadro 1 a seguir, destaca alguns estudos que abordam a avaliação do programa de hanseníase:

**Quadro 1 –** Estudos sobre a avaliação do Programa de Hanseníase, no período de 2002 a 2012

| ESTUDO | AUTOR | OBJETIVO | MÉTODO | RESULTADOS | LOCAL/ PERÍODO | PUBLICAÇAO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Avaliação da descentralização das ações programáticas de hanseníase: um estudo de caso | MOREIRA, 2002[12] | Construir o modelo lógico p/ avaliar o processo e os resultados da descentralização das ACH em um município, utilizando a categoria de análise, autonomia. | Pesquisa avaliativa, tendo como estratégia de investigação o estudo de caso. | O grau de autonomia alcançado pelo município foi baixo. | Município de Nova Iguaçu-Rio de Janeiro, 2001. | [Doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz; 2002. |
| Análise da Implantação do Programa de Eliminação da Hanseníase em Manaus | FERREIRA, 2005[46] | Analisar o GI do Programa de Eliminação da Hanseníase na rede básica de Manaus. | Pesquisa avaliativa do tipo análise de implantação, nas dimensões de estrutura, processo e resultado. | As ações de eliminação da hanseníase implantadas no município foram insatisfatórias. | Município de Manaus – Amazonas, 2001/2002. | [Dissertação]. Amazonas: Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz; 2005. |
| A demanda de um centro de referência nacional para hanseniase no Nordeste Brasileiro: por que o excesso de pacientes? | FERREIRA *et al*., 2008[47] | Investigar os fatores associados à demanda excessiva de casos em nível secundário de atenção. | Estudo transversal, de caráter operacional, voltado para acessibilidade e qualidade da prestação de serviços. | Fatores logísticos, profissionais qualificados e qualidade do atendimento poderiam explicar a concentração de usuários neste centro de referência. | Centro de Referência Nacional em Dermatologia Sanitária Dona Libânia,Município de Fortaleza-Ceará, 2005. | Cad Saúde Coletiva. 2008; 16: 243-56. |
| Avaliação das capacitações de Hanseníase: opinião de médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família | MORENO *et al*., 2008[48] | Avaliar os treinamentos a partir da opinião de médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família. | Análise da intervenção | Indicam que os profissionais avaliaram os treinamentos positivamente quanto à sua implementação e ao objetivo de capacitá-los para a detecção da doença. | Secretarias de Saúde dos municípios-sede das Unidades Regionais de Saúde do RN, 2007/ 2008. | Rev Bras Enferm. 2008; 61(esp): 671-5. |
| Análise de dois modelos para avaliação de Programas de Hanseníase no Brasil | PATROCLO *et al*., 2008[49] | Analisar os modelos LEM e a Avaliação PCH/Amazônia Legal com base em um conjunto de descritores utilizados p/ identificar tipos de estudos avaliativos. | Análise de estudos de avaliação de programas, utilizando classificação de Stufflebeam, 2001. | Os modelos foram classificados como tendo abordagem por questões e métodos. Objetivos comuns: avaliar a integração do programa na rede básica, a qualidade da atenção e fornecer subsídios p/ o melhoramento contínuo. | O modelo LEM foi aplicado em 2003 nos estados brasileiros. E o modelo para avaliação da Amazônia Legal foi aplicado em 2003, na referida região. | Cad Saúde Coletiva. 2008; 16 (2): 257 – 72. |

**Quadro 1 –** Estudos sobre a avaliação... (continuação)

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Avaliação da implantação do PCH no Distrito Sanitário VI do Município de Recife | LEAL, 2011[50] | Avaliar a implantação do PCH no Distrito Sanitário VI do município de Recife, no ano de 2011. | Avaliação normativa, nas dimensões estrutura e processo. | O GI do PCH no Distrito Sanitário VI, como um todo, e nas dimensões de estrutura e processo, em separado, foram classificados como parcialmente adequado. | Distrito Sanitário VI do município de Recife-Pernambuco, 2010/2011. | [Dissertação] Pernambuco: Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, IMIP; 2011. |
| O impacto da hanseníase na qualidade de vida relacionada à saúde | LUSTOSA *et al.*, 2011[51] | Analisar a qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas em tratamento da hanseníase no município de Teresina-Piauí. | Estudo observacional realizado com a aplicação do questionário específico para avaliação da qualidade de vida | Constatou-se que a hanseníase continua provocando percentuais elevados de lesões secundárias que comprometem a capacidade de trabalho e a qualidade de vida dos acometidos. | Unidades de saúde do município de Teresina-Piauí. | Rev Soc Bras Med Trop. [serial on the Internet]. 2011; 44(5): 621-6. |
| Avaliação da implantação do PCH na rede básica de Aracaju, Sergipe. | RAPOSO, 2011[24] | Avaliar a implantação do PCH na rede básica do município de Aracaju-Sergipe. | Pesquisa avaliativa, avaliação de programas de saúde, integrando a análise de dimensões dos efeitos do PCH e características da sua implantação. | A municipalização do sistema de saúde e a simultânea implantação da ESF foram determinantes p/ implantação do PCH na rede de serviços da AB. | Município de Aracajú- Sergipe, 1996 a 2007. | [Tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2011. |
| Avaliação da integração do Programa de Hanseníase na Atenção Primária em Aracaju, estado de Sergipe, Brasil | RAPOSO e NEMES, 2012[52] | Avaliar o perfil epidemiológico e operacional, e características do programa de hanseníase antes e após a sua integração no Serviço de Saúde primário do município de Aracaju – Sergipe. | Análise descritiva dos indicadores recomendados p/ monitoramento e avaliação da epidemia, no período pré e pós integração das ACH na Atenção Primária. | A mudança observada nas taxas de detecção geral e em indivíduos < de 15 anos, durante o período pós-integração indicam aumento do acesso aos cuidados de saúde. A queda na taxa de abandono indica > adesão ao tratamento. Mas, ainda persistiram deficiências em ações-chave. | Município de Aracaju, em Sergipe, 1996-2007. | Rev Soc Bras Med Trop. [serial on the Internet]. 2012; 45(2): 203-8. |

*ACH – Ações de Controle da Hanseníase; *RN- Rio Grande do Norte; * LEM –Monitoramento Eliminação da Hanseníase; PCH –Programa de Controle da Hanseníase; GI –Grau de Implantação;*ESF- Estratégia de Saúde da Família. *AB – Atenção Básica;

## 2. JUSTIFICATIVA

Apesar dos esforços e avanços no desenvolvimento das ACH no País, há uma grande distância entre a realidade e o preconizado, pois surgem obstáculos técnicos, administrativos e operacionais em todos os níveis de atenção, que interferem no processo de descentralização dessas ações, e que não são identificados, devido à ausência de instrumentos de avaliação e da análise sistemática na rotina dos serviços. O que torna relevante a avaliação no âmbito municipal, como ferramenta do planejamento e da gestão, podendo revelar o direcionamento do processo de implantação das ações do PCH, verificando a sua viabilidade e funcionalidade [26,29,53].

Considerando:

- A persistência de indicadores inaceitáveis e a relevância da doença como problema de saúde pública no Brasil;
- A complexa implementação do PCH, condicionada por fatores que dificultam a descentralização das ACH e sua integração em todos os níveis de atenção do SUS;
- A escassez, no País, de estudos avaliativos sobre a implantação do PCH e incorporação das ACH na ESF;

Este estudo se justifica, por:

- Possibilitar o conhecimento e análise das características específicas que interferem na implantação do PCH em nível municipal, permitindo a reflexão sobre a integralidade do cuidado, descentralização e integração das ACH na rede SUS;
- Contribuir no desenho da teoria do programa, através da adequação do modelo lógico do PCH à realidade municipal;
- Fornecer aos gestores resultados que apontem as potencialidades e as fragilidades para o desenvolvimento pleno do PCH.

O estudo se propõe a responder a seguinte questão:

As variações do grau de implantação têm influência nos efeitos observados no Programa Municipal de Controle da Hanseníase em Camaragibe-PE?

# 3. OBJETIVOS

## 3.1 Geral

- Avaliar a implantação do PCH no município de Camaragibe em 2013.

## 3.2 Específicos

- Estimar o Grau de Implantação do PCH
- Identificar os efeitos do PCH
- Conhecer a influência do Grau de Implantação do PCH sobre os efeitos observados.

# 4. METODOLOGIA

## 4.1 Desenho do estudo

Pesquisa avaliativa, tipo análise de implantação em seu segundo componente, referente à análise da influência do Grau de Implantação (GI) sobre os efeitos observados [54]. A estratégia de investigação foi o estudo de caso único, por possibilitar a observação de comportamentos e processos organizacionais em vários níveis [55].

## 4.2 Área do estudo

O estudo foi realizado no município de Camaragibe, localizado na zona Oeste da RMR, com área territorial de 52,09 km², densidade demográfica de 2.654 hab/km² e população estimada para o ano de 2012, de 146.847 habitantes. Compõe a Macrorregional Recife, integrando a I Gerência Regional de Saúde (Geres), tem 29 bairros agrupados em cinco regiões político-administrativas (RPA), com rede de atenção à saúde estruturada em quatro territórios [56,57].

A ESF, porta de entrada preferencial para a atenção à saúde, é composta por 42 Equipes de Saúde da Família (EqSF) distribuídas em 39 Unidades de Saúde da Família (USF), e o PACS, totalizando uma cobertura de 95% da população. Dispõe de uma Unidade de Referência (UR) para atendimento aos pacientes com hanseníase, localizada no Centro de Saúde Bairro Novo. O nível central da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) está dividido em seis diretorias, estando o Programa Municipal de Controle da Hanseníase (PMCH) inserido na Diretoria de Ações Estratégicas [57].

## 4.3 População do estudo e período de coleta dos dados

A população do estudo foi composta por profissionais envolvidos com o PCH do nível central da SMS, do PACS e das EqSF de Camaragibe.

No nível central, foram selecionados o coordenador do PCH e o diretor da Vigilância Epidemiológica (VE); no PACS, o enfermeiro e o Agente Comunitário de Saúde (ACS), enquanto nas ESF foram selecionados profissionais dos quatro territórios,

sendo o enfermeiro ou médico e o ACS por equipe. Este último foi escolhido por meio de sorteio aleatório realizado pelo pesquisador.

A coleta de dados foi realizada nos meses de junho e julho de 2013.

### 4.3.1 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos no estudo os profissionais do Município e os serviços de saúde envolvidos com as ações do PMCH. Foram excluídos, os serviços e equipes com período de implantação inferior a seis meses e os que nunca notificaram casos de hanseníase. Desta forma, foram excluídas quatro EqSF.

## 4.4 Técnicas e instrumentos de coleta dos dados

Para a análise do GI, os dados foram coletados através de entrevistas e observação direta não participante. As entrevistas foram realizadas a partir de um questionário estruturado, contendo os indicadores elencados na matriz de análise e julgamento, referentes à estrutura necessária para o desenvolvimento das ACH, processo de trabalho, sendo utilizado um instrumento específico, de acordo com o informante-chave (Apêndices A, B e C). A entrevista e o roteiro de observação foram aplicados pelo próprio pesquisador e por um colaborador, previamente treinado, sendo os instrumentos ajustados após a realização de pré-teste em uma unidade piloto.

Na averiguação dos indicadores de resultado, foram utilizados questionários estruturados aplicados aos informantes e a base de dados secundários do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) em hanseníase. O quadro 2 explicita o quantitativo dos entrevistados, por nível do PMCH.

**Quadro 2** – Profissionais entrevistados na avaliação do Programa Municipal de Controle da Hanseníase, segundo função exercida no programa - Camaragibe/PE, 2013

| Entrevistado | Nível do PMCH | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Nível Central | PACS | EqSF | Total |
| Coordenador PMCH | 01 | _ | _ | 01 |
| Diretor da VE | 01 | - | - | 01 |
| ACS | - | 01 | 38 | 39 |
| Enfermeiro | - | 01 | 37 | 38 |
| Médico | - | - | 01 | 01 |
| Total | 02 | 02 | 76 | 80 |

*PMCH- Programa Municipal de Controle da Hanseníase; *PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde; *EqSF- Equipe de Saúde da Família; *VE - Vigilância Epidemiológica; *ACS – Agente Comunitário de Saúde;

Para a observação foram elaborados dois roteiros (APÊNDICE E e F), utilizados de acordo com o local a ser observado, contemplando indicadores referentes à estrutura. Foram aplicados 41 roteiros de observação, correspondendo a dois do nível central, 38 na ESF e um no PACS.

### 4.5 Etapas da avaliação

A avaliação foi realizada em cinco etapas: 1ª) Explicitação do modelo lógico do PMCH; 2ª) Construção da matriz de análise e julgamento; 3ª) Análise do GI; 4ª) Análise dos Efeitos; 5ª) Análise da influência do GI sobre os Efeitos observados.

### 1ª Etapa - Explicitação do modelo lógico

O modelo lógico do PCH no âmbito municipal é empiricamente derivado e teoricamente justificado, conceitua a complexa relação entre a estrutura, o processo e o resultado e permite verificar a diferença entre a intervenção prevista e a realidade empírica. Para sua elaboração, foram utilizados documentos oficiais como Normas, Portarias e Manuais Técnicos (Quadro 3).

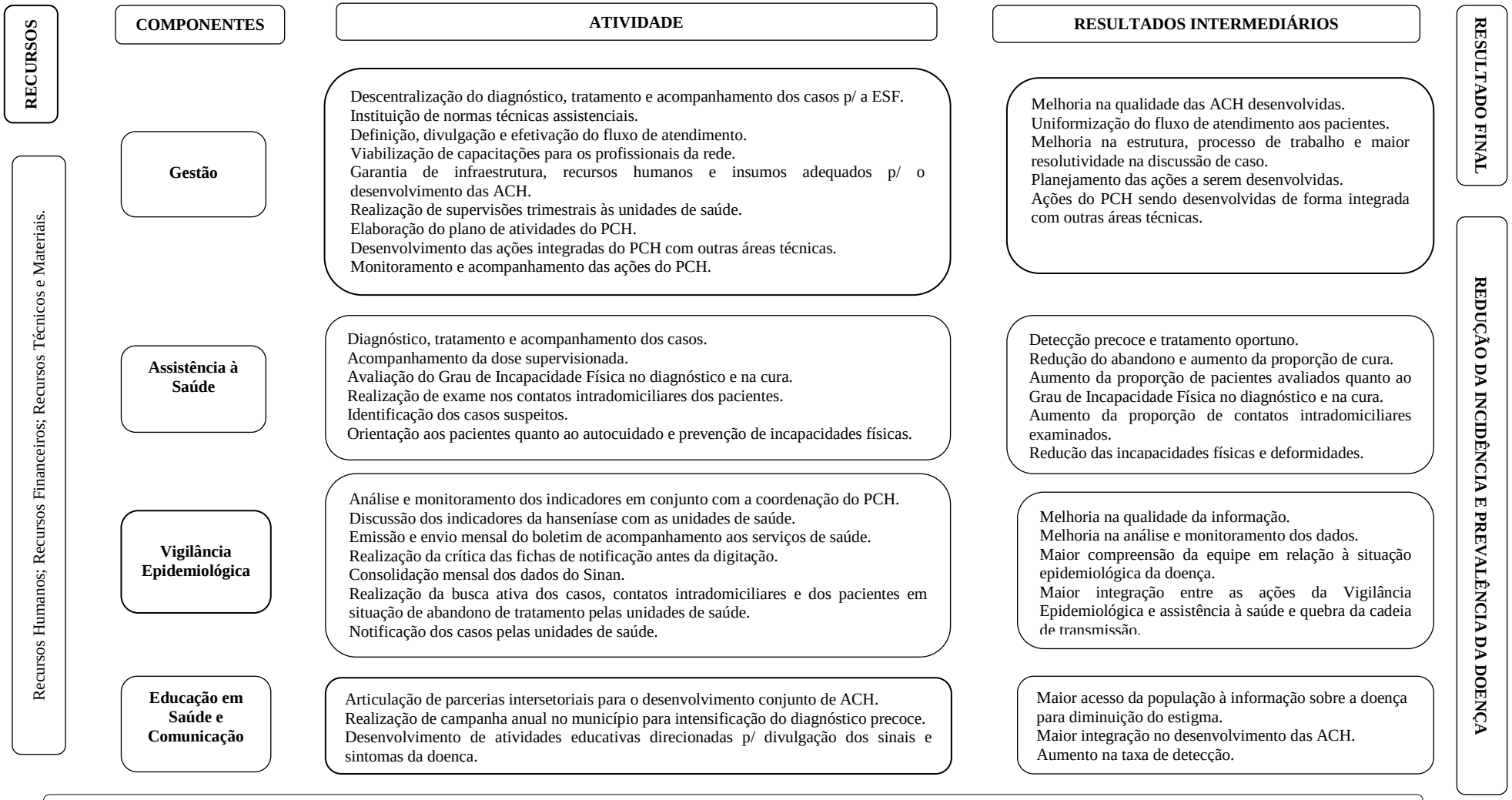
Está focado nas áreas estratégicas (componentes) do PNCH: Assistência à Saúde, Vigilância Epidemiológica, Gestão, Educação em Saúde e Comunicação, e direcionado para as ACH desenvolvidas na ESF, UR e nível central. No modelo estão descritos os insumos necessários, as atividades preconizadas, os produtos, os resultados e o impacto esperado (Figura 2 e Apêndice D).

**Quadro 3** – Documentação utilizada para construção do modelo lógico

| DOCUMENTO | ANO DE PUBLICAÇÃO | DESCRIÇÃO |
|---|---|---|
| Guia para o Controle da Hanseníase do Departamento de Atenção Básica/MS [58] | 2002 | Objetiva aperfeiçoar as medidas voltadas à integração e à efetividade das ACH na rede básica de saúde. |
| Cadernos de Atenção Básica da Vigilância em Saúde/MS [59] | 2008 | Objetivam a Integração da VE com AB referente às ACH, o fortalecimento da AB e da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias. |
| Relatório de gestão do PNCH [15] | 2011 | Instrumento para avaliação da situação epidemiológica da hanseníase |
| Portaria n.° 594/SAS/MS [60] | 2010 | Classifica o serviço de Atenção Integral em Hanseníase em nível I, II e III, de acordo com a infraestrutura, competências, equipamentos, equipe mínima; incluí na Tabela de Serviços Especializados; estabelece definição e pactuação desses serviços na Comissão Intergestora Bipartite pelas SES e SMS. |
| Portaria n.º 3.125/GM [16] | 2010 | Aprova as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da Hanseníase |

*MS- Ministério da Saúde; *ACH – Ações de Controle da Hanseníase; *VE - Vigilância Epidemiológica; *AB- Atenção Básica; *PNCH- Programa Nacional de Controle da Hanseníase; *SAS- Secretaria de Atenção à Saúde;*SES –Secretaria Estadual de Saúde; *SMS- Secretaria Municipal de Saúde.

**Figura 2 -** Modelo Lógico resumido do Programa de Controle da Hanseníase em nível municipal




*PCH- Programa de Controle da Hanseníase; *Sinan – Sistema de Informação de Agravos de Notificação; *ESF – Estratégia de Saúde da Família; *ACH – Ações de Controle da Hanseníase

## 2ª Etapa – Construção da matriz de análise e julgamento

A partir do modelo lógico e do estudo de Leal (2011) [50], foi elaborada a matriz de análise e julgamento, utilizando as dimensões do modelo sistêmico de Donabedian (2003)[61], estrutura, processo e resultado. Esta matriz contempla, por componente, a identificação de indicadores, os parâmetros, a fonte, e os critérios de pontuação. Para cada indicador foram atribuídas pontuações específicas. A análise dos dados foi realizada por componente, através do somatório das médias das pontuações obtidas em cada indicador, sendo estabelecido um subtotal máximo para cada componente, considerando o grau de importância dos mesmos para a consolidação e o alcance dos resultados finais do PMCH (Quadro 4).

**Quadro 4:** Matriz de julgamento do Programa de Controle da Hanseníase, dimensão estrutura e processo. Camaragibe/PE, 2013.

| COMPONENTE | DIMENSÃO | INDICADOR | PARÂMETRO | FONTE | PONTUAÇÃO | PONTUAÇÃO MÁX. ESPERADA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| GESTÃO | ESTRUTURA | Existência de coordenador municipal do PCH | Sim | Quest.: Coord. do PCH | Sim = 2,0 Não = 0,0 | 2,0 |
| | | Existência de dois técnicos de nível médio p/ o PCH/ VE, sendo um do Sinan | | | Sim = 1,5 Não = 0,0 | 1,5 |
| | | Existência de salas próprias para o PCH/VE | Sim p/ os dois | O.D; Quest: Coord. do PCH/VE | Sim p/ os dois = 1,0<br>Sim p/ um = 0,5<br>Não = 0,0 | 1,0 |
| | | Existência de Kit dermatoneurológico completo (monofilamentos, 2 tubos de ensaio, pinça, bico de bunsen) p/ distribuição na rede | Sim | O.D; Quest: Coord. do PCH | Sim = 1,5 Não = 0,0 | 1,5 |
| | | Existência de insumos p/ o autocuidado suficientes p/ distribuição na rede | | | Sim = 1,0 Não = 0,0 | 1,0 |
| | | Existência de PQT MB e PB, e medicamentos para tratar reações hansênicas, adequados e em quantidade suficiente para distribuição na rede | 03 tipos de medicamentos disponíveis nos serviços | Quest.: Coord. do PCH | Sim p/ três = 2,0<br>Sim p/ dois = 1,5<br>Sim para um = 1,0<br>Não = 0,0 | 2,0 |
| | | Existência de vacina BCG em quantidade suficiente p/ distribuição na rede | Sim | | | 1,0 |
| | | Existência de veículo p/ o PCH compartilhado com outros setores | | | Sim = 1,0 Não = 0,0 | 1,0 |
| | | Existência de Kit de impressos do PCH em quantidade suficiente p/ distribuição na rede (Ficha B de acompanhamento da hanseníase, cartão de aprazamento, formulário de referência e contrarreferência, livro de registro e acompanhamento dos casos) | 04 tipos de impressos compondo o kit | O.D; Quest.: Coordenador do PCH | Sim p/ quatro ou mais = 1,0<br>Sim p/ três = 0,75<br>Sim para dois = 0,5<br>Sim para um = 0,25<br>Não = 0,0 | 1,0 |
| | | N° de computadores, impressoras, tel. e aparelho de fax, suficientes e funcionando, p/ o desenvolvimento das atividades do PCH | 04 modalidades de equipamentos funcionando e suficientes | | | 1,0 |
| | | Existência de Software do Sinan p/ desenvolvimento das ações do PCH | Sim | | Sim = 1,0 Não = 0,0 | 1,0 |
| | | Disponibilidade de normas técnicas assistenciais para distribuição na rede | | | | 1,0 |
| | | Disponibilidade de regimento interno ou documento similar | | | Sim = 0,5 Não = 0,0 | 0,5 |
| | PROCESSO | Existência de Fluxo de Referência e Contrarreferência estabelecido e funcionando adequadamente | Sim | Quest.: Coord. do PCH | Sim = 2,0 Não = 0,0 | 2,0 |
| | | Realização de planejamento anual das ações do PCH/VE | Sim p/ a realização das ações no PCH/VE | Quest.: Coord. do PCH/VE | Sim p/ dois = 1,5<br>Sim para um = 1,0<br>Não = 0,0 | 1,5 |
| | | Utilização dos indicadores epidemiológicos e operacionais p/ planejamento das ações do PCH/VE | | | | 1,5 |
| | | Monitoramento das ações do PCH/VE | | | | 1,5 |
| | | Realização de supervisões trimestrais aos serviços de saúde | Sim, trimestrais | Quest.: Coord. do PCH | Sim, mensais à trimestrais = 1,0<br>Sim, quadri à semestrais = 0,75<br>Sim, anuais = 0,5<br>Não = 0,0 | 1,0 |
| | | Discussão do plano de ação da hanseníase no CMS | Sim | | Sim = 1,0 Não = 0,0 | 1,0 |

**Quadro 4:** Matriz de julgamento... (continuação)

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **GESTÃO** | **PROCESSO** | Promoção de capacitação em hanseníase p/ os profissionais da rede nos últimos cinco anos | Sim | Quest.: Coord. do PCH/ Médico/enf. | Sim = 1,5 Não = 0,0 | 1,5 |
| | | Promoção de capacitação em hanseníase p/ os profissionais do PCH/VE nos últimos dois anos | Sim, p/ capacitação dos profissionais do PCH/VE | Quest.: Coord. do PCH/VE | Sim p/ os dois = 1,5<br>Sim para um = 1,0<br>Não = 0,0 | 1,5 |
| | | Promoção de Capacitação no Sinan/Hanseníase p/ os profissionais do PCH/VE nos últimos dois anos | | | | 1,5 |
| | | Desenvolvimento de ações integradas do PCH/VE com outras áreas técnicas | | | | 1,5 |
| **SUBTOTAL MÁXIMO DO COMPONENTE GESTÃO** | | | | | | **30** |
| **ASSISTÊNCIA À SAÚDE** | **ESTRUTURA** | Existência de estrutura física adequada p/ o desenvolvimento das ACH na ESF/PACS (sala de espera dispondo de cadeiras e espaço p/ acomodação dos comunitários; sala de reunião em equipe; adequação dos consultórios em nº, tamanho, iluminação, ventilação). | No mínimo 6 compartimentos existentes nos serviços | Observação direta (O.D)<br>Questionário médico/ Enfermeiro | 6 ou mais compartimentos =2,0<br>4 a 5 compartimentos = 1,5<br>3 a 2 compartimentos = 1,0<br>Menos de 2 compartimentos = 0,0 | 2,0 |
| | | Existência de estrutura física adequada p/ o desenvolvimento das ACH na UR (sala de espera dispondo de cadeiras e espaço p/ acomodação dos comunitários; sala de reunião em equipe; adequação dos consultórios em nº, tamanho, iluminação, ventilação; espaço p/ reabilitação das incapacidades físicas, espaço para realização de procedimentos). | | | | 2,0 |
| | | Equipe p/ desenvolver ACH nas unidades de saúde (US) (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, no mínimo 5 ACS) | No mínimo 4 categorias profissionais compondo a equipe | Quest. médico/ Enfermeiro | Sim p/ quatro ou mais = 2,0<br>Sim p/ três = 1,5<br>Sim para dois = 1,0<br>Menos de dois = 0,0 | 2,0 |
| | | Equipe p/ desenvolver as ACH na UR (médico; enfermeiro; técnico ou aux. de enf.; fisioterapeuta e T.O) | | | | 2,0 |
| | | Existência de PQT MB e PB, e medicamentos p/ tratar reações hansênicas em quantidade suficiente nos serviços de saúde. | 3 tipos de medicamentos disponíveis | Quest. médico/ enfermeiro | Sim p/ três = 2,0<br>Sim p/ dois = 1,5<br>Sim p/ um = 1,0 Não = 0,0 | 2,0 |
| | | Existência de vacina BCG em quantidade suficiente p/ os contatos intradomiciliares nos serviços de saúde | Sim | O.D<br>Quest. médico/ Enfermeiro | Sim = 1,0 Não = 0,0 | 1,0 |
| | | Existência de Kit dermatoneurológico completo (monofilamentos, 2 tubos de ensaio, pinça, bico de bunsen) nos serviços de saúde | | | Sim = 1,5 Não = 0,0 | 1,5 |
| | | Existência de insumos p/ o autocuidado suficientes nos serviços de saúde | | | Sim = 1,0 Não = 0,0 | 1,0 |
| | **PROCESSO** | Realização do diagnóstico dos casos nos serviços de saúde | Sim, sempre | Quest.: médico/ Enfermeiro | Sim, sempre = 2,0<br>Sim, frequentemente = 1,5<br>Sim, algumas vezes = 1,0<br>Não = 0,0 | 2,0 |
| | | Realização de exame dermatoneurológico conforme preconizado nos serviços de saúde | | | | 2,0 |
| | | Solicitação de exames clínicos e complementares, segundo a necessidade, nos serviços de saúde | Sim | | Sim = 1,0 Não = 0,0 | 1,0 |
| | | Identificação dos casos suspeitos pelos ACS e encaminhamento às US | Sim | Quest.: ACS | Sim = 2,0 Não = 0,0 | 2,0 |
| | | Avaliação do GIF dos casos novos de hanseníase no diagnóstico nos serviços de saúde | Sim, Sempre | Quest.: médico/ Enfermeiro | Sim, sempre = 1,5<br>Sim, frequentemente = 1,0<br>Sim, algumas vezes = 0,5<br>Não = 0,0 | 1,5 |
| | | Avaliação do GIF dos casos de hanseníase na cura , nos serviços de saúde | | | | 1,5 |
| | | Orientação aos pacientes sobre o autocuidado e Prevenção de Incapacidade Física, nos serviços de saúde | | | | 1,5 |
| | | Supervisão da tomada da dose mensal nos serviços de saúde | Sim, em todos os casos | | Sim, em todos os casos = 1,5<br>Sim, em alguns casos = 1,0<br>Não = 0,0 | 1,5 |
| | | Acompanhamento mensal do paciente pelos ACS nas US | Sim | Quest: ACS | Sim = 1,5 Não = 0,0 | 1,5 |
| | | Tratamento dos casos realizado conforme preconização nos serviços | Sim | Quest: médico/ enfermeiro | Sim = 2,0 Não = 0,0 | 2,0 |
| | | Discussão da condução dos casos nas US | Sim | | Sim, sempre = 1,0<br>Sim, frequentemente = 0,75 | 1,0 |
| | | Utilização dos protocolos preconizados nos serviços de saúde | Sim, sempre | | Sim, algumas vezes = 0,5<br>Não = 0,0 | 1,0 |
| | | Realização de exames nos contatos intradomiciliares nas US | Sim, em todos | Quest: médico/ enfermeiro | Sim, em todos = 2,0<br>Sim, em alguns = 1,0 Não = 0,0 | 2,0 |
| | | Acompanhamento dos casos, de forma conjunta ESF/UR, quando necessário. | Sim | | Sim = 1,0 Não = 0,0 | 1,0 |
| | | Validação do diagnóstico de recidiva pela UR, conforme preconizado | | | | 1,0 |
| | | Tratamento das reações hansênicas pela UR, conforme preconizado | Sim | | Sim = 2,0 Não = 0,0 | 2,0 |
| | | Realização de atividades voltadas para a Reabilitação das Incapacidades Físicas na UR, conforme preconizado | | | | 2,0 |
| **SUBTOTAL MÁXIMO COMPONENTE ASSISTÊNCIA À SAÚDE** | | | | | | **40** |
| **VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA** | **ESTRUTURA** | Existência de técnico de nível superior em VE para hanseníase compartilhado com outras endemias | Sim | Quest.: Coordenador da VE | Sim = 1,0 Não = 0,0 | 1,0 |
| | | Existência de veículo p/ a VE compartilhado com outros setores | | | Sim = 0,5 Não = 0,0 | 0,5 |
| | | Existência de Kit completo de impressos VE/Hansen p/ distribuição na rede (Ficha de Notificação/Investigação do Sinan, Protocolo Complementar de Investigação Diagnóstica em < de 15 anos, Formulário de Vigilância de contatos Intradomiciliares, Formulário para Avaliação do GIF/ Avaliação neurológica simplificada, Ficha de investigação de suspeita de recidiva) | 4 tipos de impressos compondo o kit | O.D<br>Quest.: Coord. da VE | Sim p/ quatro ou mais = 1,0<br>Sim p/ três = 0,75<br>Sim para dois = 0,5<br>Menos de dois = 0,0 | 1,0 |

**Quadro 4:** Matriz de julgamento... (continuação)

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA** | **PROCESSO** | N° de computadores, impressoras, tel. e aparelho de fax, suficientes e funcionando, p/ o desenvolvimento das atividades da VE em hanseníase | 4 modalidades de equipamentos funcionando e suficientes | O.D Quest.: Coord. da VE | Sim p/ quatro ou mais = 1,0<br>Sim p/ três = 0,75<br>Sim para dois = 0,5<br>Menos de dois = 0,0 | 1,0 |
| | | Existência de Software do Sinan p/ desenvolvimento das ações da VE em hanseníase | Sim | O.D Quest.: Coord. da VE | Sim = 1,0 Não = 0,0 | 1,0 |
| | | Disponibilidade de regimento interno ou documento similar | | | Sim = 0,5 Não = 0,0 | 0,5 |
| | | Disponibilidade de normas técnicas da VE para distribuição na rede | | | | 0,5 |
| | | Fluxo mensal de notificações dos casos de hanseníase instituído no município | Sim | Quest.: Coord. da VE | Sim = 1,0 Não = 0,0 | 1,0 |
| | | Emissão do BA em hanseníase mensalmente p/ os serviços de saúde | | | Sim = 0,5 Não = 0,0 | 0,5 |
| | | Monitoramento da devolutiva mensal do BA em hanseníase pelos serviços | | | | 0,5 |
| | | Rotina de realização de crítica das fichas antes da digitação instituída pela VE | Sim, sempre | | Sim, sempre = 1,0<br>Sim, frequentemente = 0,75<br>Sim, algumas vezes = 0,5<br>Não = 0,0 | 1,0 |
| | | Rotina de análise de duplicidade instituída pela VE | | | | 1,0 |
| | | Rotina de análise da consistência das informações instituída pela VE, segundo preconização | | | | 1,0 |
| | | Consolidação dos dados | Sim | | Sim = 1,0 Não = 0,0 | 1,0 |
| | | Discussão trimestral dos indicadores da hanseníase junto com os serviços de saúde | Sim, trimestral | | Sim, mensal a trimestral = 0,75<br>Sim, quadri a semestral = 0,5<br>Sim, anual = 0,25<br>Não = 0,0 | 0,75 |
| | | Elaboração e divulgação semestral do Boletim Epidemiológico pela VE | Sim, p/ as 02 atividades | | Sim p/ duas = 0,5<br>Sim p/ uma = 0,25 Não = 0,0 | 0,5 |
| | | Realização de busca ativa de pacientes em situação de abandono pela VE em conjunto com as equipes, quando for necessário. | Sim | | Sim = 0,75 Não = 0,0 | 0,75 |
| | | Monitoramento da notificação de casos em menores de quinze anos | | | Sim = 0,5 Não = 0,0 | 0,5 |
| | | Monitoramento do encerramento dos casos no Sinan | | | Sim = 1,0 Não = 0,0 | 1,0 |
| | | Preenchimento adequado do Livro de Registro e Acompanhamento dos casos pelas US | | O.D/ Quest.: médico/enf. | Sim = 0,5 Não = 0,0 | 0,5 |
| | | Rotina de notificação dos casos instituída nos serviços de saúde | | Quest.: médico/enf. | Sim = 1,0 Não = 0,0 | 1,0 |
| | | Preenchimento adequado do BA nos serviços de saúde | | | Sim = 0,5 Não = 0,0 | 0,5 |
| | | Busca ativa dos casos novos pelos serviços de saúde | Sim,sempre | Questionário: médico/ enf. ACS | Sim, sempre = 1,0<br>Sim, frequentemente = 0,75<br>Sim, algumas vezes = 0,5<br>Não = 0,0 | 1,0 |
| | | Busca ativa de pacientes em situação de abandono pelos serviços de saúde | | | | 1,0 |
| | | Busca ativa de contatos intradomiciliares pelos serviços de saúde | | | | 1,0 |
| **SUBTOTAL MÁXIMO COMPONENTE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA** | | | | | | **20** |
| **EDUCAÇÃO EM SAÚDE E COMUNICAÇÃO** | **ESTRUTURA** | Existência de espaços para atividades educativas nos serviços de saúde | Sim | O.D Quest.: médico/enf | Sim = 1,0 Não = 0,0 | 1,0 |
| | | Disponibilidade de Recursos Áudio Visuais p/ as atividades educativas | | | | 1,0 |
| | | Disponibilidade de materiais educativos p/ o desenvolvimento das atividades educativas nos serviços de saúde | | | | 1,0 |
| | **PROCESSO** | Articulação de parcerias com os diversos atores sociais e instituições | Sim, sempre | Quest.: médico/enf. Coord. do PCH | Sim, sempre = 2,0<br>Sim, frequentemente = 1,5<br>Sim, algumas vezes = 1,0<br>Não = 0,0 | 2,0 |
| | | Promoção de ações educativas semestrais pelo PCH/VE conjuntamente com os serviços de saúde | Sim, ações educativas semestrais promovidas pelo PCH/VE | Quest.: Coord. do PCH/VE | Sim, ações educ. semestrais promovidas pelo PCH/VE = 2,0<br>Sim, ações educ. semestrais promovidas por apenas um = 1,0<br>Não = 0,0 | 2,0 |
| | | Organização de campanha municipal p/ intensificação do diagnóstico precoce | Sim | Quest.: Coord. do PCH | Sim = 1,0 Não = 0,0 | 1,0 |
| | | Desenvolvimento de atividades educativas mensalmente nos serviços de saúde | Sim, mensal | Quest.: médico/enf | Sim, semanal a mensal = 2,0<br>Sim, bimensal a quadrimestral = 1,5<br>Sim, semestral a anual = 1,0<br>Não = 0,0 | 2,0 |
| **SUBTOTAL MÁXIMO DO COMPONENTE EDUCAÇÃO EM SAÚDE E COMUNICAÇÃO** | | | | | | **10** |

*ACS – Agente Comunitário de Saúde; *UR- Unidade de Referência; *US- Unidade de Saúde; *T.O- Terapeuta Ocupacional; *O.D- Observação Direta; *ACH – Ações de Controle da Hanseníase;* ESF – Estratégia de Saúde da Família; *GIF- Grau de Incapacidade Física; *PCH- Programa de Controle da Hanseníase; *PACS-Programa de Agentes Comunitários de Saúde; *BCG- Bacilo de Calmette-Guérin;*Sinan – Sistema de Informação de Agravos de Notificação; *VE- Vigilância Epidemiológica; *BA- Boletim de Acompanhamento; *PQT- Poliquimioterapia; *MB- Multibacilar; *PB- Paucibacilar; *CMS – Conselho Municipal de Saúde

A análise dos efeitos foi realizada por componente, sendo utilizados indicadores da base de dados do Sinan municipal em Hanseníase para a análise dos aspectos da força de morbidade, magnitude, perfil epidemiológico e qualidade das ações e serviços. Além destes, foram elaborados indicadores de resultados a partir do modelo lógico. Utilizaram-se parâmetros específicos para cada indicador (Quadro 5).

**Quadro 5:** Matriz de Julgamento do Programa de Controle da Hanseníase referente aos efeitos. Camaragibe/PE, 2013.

| DIMENSÃO | COMPONENTE | INDICADORES | FONTE | PARÂMETROS | PONTUAÇÃO MÁXIMA ESPERADA |
|---|---|---|---|---|---|
| RESULTADOS | GESTÃO | Plano anual de gestão elaborado | Quest.: Coord. do PCH | Sim = 1,0 Não = 0,0 | 1,0 |
| | | Mudança nas práticas profissionais (nível médio) pós-formação em hanseníase | Quest.: ACS | Sim = 1,0 Não = 0,0 | 1,0 |
| | | Mudança nas práticas profissionais (nível superior) pós-formação em hanseníase | Quest:. médico/ enf. | Sim = 1,0 Não = 0,0 | 1,0 |
| | | Mudança na resolução dos entraves referentes às ACH, mediante suporte da gestão | | Sim = 1,0 Não = 0,0 | 1,0 |
| | | Uniformização do fluxo de atendimento aos pacientes | | Sim = 1,0 Não = 0,0 | 1,0 |
| | ASSISTÊNCIA Á SAÚDE | Coeficiente de detecção anual de casos novos por 100.000 habitantes | Sinan | Hiperendêmico: ≥ 40,00/100.000 hab.<br>Muito Alto: 20,00 a 39,99/100.000 hab.<br>Alto: 10,00 a 19,99/100.000 hab.<br>Médio: 2,00 a 9,99 /100.000 hab.<br>Baixo: < 2,00 /100.000 hab. | Baixo: < 2,00 /100.000 hab. |
| | | Coeficiente de detecção anual de casos novos em menores de 15 anos por 100.000 habitantes | Sinan | Hiperendêmico: ≥ 10,00/100.000 hab.<br>Muito Alto: 5,00 a 9,99/100.000 hab.<br>Alto: 2,50 a 4,99/100.000 hab.<br>Médio: 0,50 a 2,49/100.000 hab.<br>Baixo: < 0,50/100.000 hab. | Baixo: < 0,50 /100.000 hab. |
| | | Proporção de casos novos com GIF avaliado no diagnóstico | Sinan | Bom: ≥ 90,0%<br>Regular: 75,0 a 89,9%<br>Precário: < 75,0% | Bom: ≥ 90,0% |
| | | Proporção de casos de hanseníase avaliados quanto ao GIF no momento da alta por cura | Sinan | | Bom: ≥ 90,0% |
| | | Proporção de cura da hanseníase entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes | Sinan | | Bom: ≥ 90,0% |
| | VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA | Proporção de contatos examinados entre os contatos registrados dos casos novos diagnosticados no ano; | Sinan | Bom: ≥75,0%<br>Regular: 50,0 a 74,9%<br>Precário: < 50,0% | Bom: ≥ 75,0% |
| | | Proporção de casos de hanseníase em abandono e tratamento entre os casos novos diagnosticados | Sinan | Bom: <10,0%<br>Regular: 10,0 a 24,9%<br>Precário: ≥ 25,0% | Bom: < 10,0% |
| | | Qualidade da informação - Consistência | Sinan | Bom: ≥ 90,0%<br>Regular: 70,0 a 89,9%<br>Precário: < 70,0% | Bom: ≥ 90,0% |
| | | Qualidade da informação - Ausência de duplicidades | Sinan | | Bom: ≥ 90,0% |
| | | Encerramento dos casos em tempo oportuno | Sinan | | Bom: ≥ 90,0% |
| | ED. EM SAÚDE, E COMUNICAÇÃO | Mudança no comportamento dos usuários após a realização de atividades de prevenção | Quest.: médico/ enf. | Sim = 1,0 Não = 0,0 | 1,0 |
| | | Promoção de atividade de mobilização social | Quest.: coord. PCH/VE | Sim = 1,0 Não = 0,0 | 1,0 |

*Sinan - Sistema de Informação de Agravos de Notificação; *GIF- Grau de Incapacidade Física; *ACS- Agente Comunitário de Saúde; *ACH – Ações de Controle da Hanseníase

**3ª Etapa - Análise do Grau de Implantação**

O modelo lógico e a matriz de análise e julgamento foram utilizados como referência para a apreciação do GI dos componentes do PMCH. O cálculo do GI foi obtido mediante avaliação normativa ao comparar os critérios e normas do PNCH ao observado no município, referente à estrutura e ao processo.

Para estimar o GI do PMCH foram estabelecidas pontuações máximas para cada componente, considerando o grau de importância dos mesmos para a consolidação e o alcance dos resultados finais do PMCH. Atribuiu-se, respectivamente, aos componentes Gestão, Assistência à Saúde, Vigilância Epidemiológica, Educação em Saúde e Comunicação as pontuações máximas 30, 40, 20 e 10.

Para obtenção do escore final utilizou-se o seguinte cálculo:

$$\text{Escore final} = \frac{\Sigma \text{ Pontuação obtida}}{\Sigma \text{ Pontuação máxima}} \times 100$$

Pontuação obtida: somatório das médias das pontuações obtidas em cada indicador, por componente.

Pontuação máxima: somatório da pontuação máxima esperada para cada indicador, por componente.

Atribuiu-se a classificação final do GI do PMCH a partir do somatório do subtotal alcançado por componente, dividido pelo somatório da pontuação máxima esperada para o GI final. Foram considerados como pontos de corte para classificação do escore final do GI os seguintes parâmetros, estabelecidos pelo pesquisador:

- Implantado – 100,0 a 90,0%
- Parcialmente implantado – 89,9 a 70,0%
- Incipiente – 69,9 a 50,0%
- Não Implantado < 50,0%

**4ª Etapa - Análise dos Efeitos**

Foram elencados, a partir do modelo lógico, indicadores que representam os efeitos do programa, sendo também utilizada a base de dados secundários do Sinan para a seleção de alguns indicadores epidemiológicos e operacionais para hanseníase, no município, no período de 2010 a 2012. Estes indicadores encontram-se na matriz de análise e julgamento referente aos efeitos (Quadro 5).

A análise dos dados foi realizada por componente. Para os dados secundários e para os indicadores elencados a partir do modelo lógico utilizaram-se, respectivamente, parâmetros ministeriais e parâmetros adaptados pelo pesquisador para o estudo. A análise dos dados primários foi feita através das médias das pontuações obtidas em cada indicador.

Especificamente, o indicador Qualidade da informação, Consistência, foi analisado através das relações de compatibilidade entre os campos: número de lesões, forma clínica, operacional, esquema terapêutico e baciloscopia [62].

**5ª Etapa - Análise da influência do Grau de Implantação sobre os Efeitos observados**

O GI de cada um dos componentes e da dimensão global do PMCH foi imbricado aos resultados observados na busca de identificar os aspectos que potencializaram ou dificultaram o alcance de melhores resultados.

### 4.6 Processamento dos dados

Os dados coletados foram processados e analisados utilizando o aplicativo do Office Microsoft Excel 2010. Os questionários foram revisados antes da digitação, em relação à coerência e consistência das respostas. Os resultados estão apresentados em forma de tabela/quadros com suas respectivas frequências absoluta e relativa.

### 4.7 Aspectos éticos

A pesquisa obedeceu aos critérios éticos definidos na resolução 196/1996 e a portaria 251/1997 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), e aprovado em 2013 (Anexo A). Os entrevistados foram esclarecidos quanto aos objetivos e uso da pesquisa e os que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice G). Foram garantidos os princípios da confidencialidade das informações e o anonimato dos entrevistados.

Antes da realização do estudo o projeto foi autorizado pela Secretaria de Saúde do Município de Camaragibe, através de Carta de Anuência (Anexo B).

# 5. RESULTADOS

## 5.1 Perfil da população do estudo

A população estudada (n= 80) é composta majoritariamente por ACS e enfermeiros; os demais profissionais foram um médico e um biólogo. A faixa etária predominante ficou entre 30 a 49 anos. Dos 46,2% profissionais de nível superior, 95,1% são pós-graduados, principalmente em Saúde da Família; 56,4% destes atuavam há menos de cinco anos na ESF, enquanto 71,8% dos de nível médio tinham de 11 a 22 anos de atuação no serviço (Tabela 2). Pouco mais da metade dos participantes possui vínculo empregatício do tipo contrato temporário.

**Tabela 2 -** Perfil da população do estudo – Camaragibe/PE, 2013

| Variáveis | Médico | | Enfermeiro | | Agente Comunitário de Saúde | | Biólogo | | Total | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| **Idade (anos)** | | | | | | | | | | |
| < 30 | _ | | 4,0 | 10,2 | 2,0 | 5,1 | _ | | 6,0 | 7,5 |
| 30 \|- 40 | _ | | 15,0 | 38,5 | 12,0 | 30,8 | 1,0 | 100,0 | 28,0 | 35,0 |
| 40 \|- 50 | _ | | 11,0 | 28,2 | 17,0 | 43,6 | _ | | 28,0 | 35,0 |
| ≥ 50 | 1,0 | 100,0 | 9,0 | 23,1 | 8,0 | 20,5 | _ | | 18,0 | 22,5 |
| Total | 1,0 | 100,0 | 39,0 | 100,0 | 39,0 | 100,0 | 1,0 | 100,0 | 80,0 | 100,0 |
| **Tempo de formado (anos)** | | | | | | | | | | |
| Menos de 5 | _ | | 2,0 | 5,1 | 4,0 | 10,2 | _ | | 6,0 | 7,5 |
| De 5 a 10 | _ | | 9,0 | 23,1 | 7,0 | 18,0 | 1,0 | 100,0 | 17,0 | 21,3 |
| De 11 a 20 | _ | | 18,0 | 46,2 | 28,0 | 71,8 | _ | | 46,0 | 57,5 |
| Mais de 20 | 1,0 | 100,0 | 10,0 | 25,6 | _ | | _ | | 11,0 | 13,7 |
| **Pós-Graduação** | | | | | | | | | | |
| Sim | 1,0 | 100,0 | 37,0 | 95,0 | _ | | 1,0 | 100,0 | 39,0 | 95,1 |
| Não | _ | | 2,0 | 5,0 | _ | | _ | | 2,0 | 4,9 |
| **Tipo de Pós-graduação** | | | | | | | | | | |
| Especialização | _ | | 33,0 | 89,2 | _ | | _ | | 33,0 | 84,6 |
| Residência | 1,0 | 100,0 | 3,0 | 8,1 | _ | | _ | | 4,0 | 10,3 |
| Mestrado | _ | | 1,0 | 2,7 | _ | | 1,0 | 100,0 | 2,0 | 5,1 |
| **Tempo de atuação no setor (anos)** | | | | | | | | | | |
| Menos de 5 | _ | | 22,0 | 56,4 | 6,0 | 15,4 | 1,0 | 100,0 | 29,0 | 36,3 |
| De 5 a 10 | 1,0 | 100,0 | 7,0 | 18,0 | 5,0 | 12,8 | _ | | 13,0 | 16,2 |
| De 11 a 20 | _ | | 10,0 | 25,6 | 28,0 | 71,8 | _ | | 38,0 | 47,5 |

## 5.2 Avaliação do Grau de Implantação

**Quadro 6:** Pontuação alcançada nos indicadores utilizados na avaliação do Grau de Implantação do Programa de Controle da Hanseníase, segundo o componente do modelo lógico – Camaragibe/PE, 2013.

| COMPONENTE | DIMENSÃO | INDICADOR | PONTUAÇÃO MÁX. ESPERADA | MÉDIA DAS RESPOSTAS POR INDICADOR | PROPORÇÃO POR INDICADOR |
|---|---|---|---|---|---|
| GESTÃO | ESTRUTURA | Existência de coordenador municipal do PCH | 2,0 | 2,0 | 100,0% |
| | | Existência de dois técnicos de nível médio p/ o PCH/ VE, sendo um do Sinan | 1,5 | 1,5 | 100,0% |
| | | Existência de salas próprias para o PCH/VE | 1,0 | 0,0 | 0,0% |
| | | Existência de Kit dermatoneurológico completo (monofilamentos, 02 tubos de ensaio, pinça, bico de bunsen) p/ distribuição na rede | 1,5 | 0,0 | 0,0% |
| | | Existência de insumos p/ o autocuidado suficientes p/ distribuição na rede | 1,0 | 0,0 | 0,0% |
| | | Existência de PQT MB e PB, e medicamentos para tratar reações hansênicas adequados e em quantidade suficiente para distribuição na rede | 2,0 | 2,0 | 100,0% |
| | | Existência de vacina BCG em quantidade suficiente p/ distribuição na rede | 1,0 | 1,0 | 100,0% |
| | | Existência de veículo p/ o PCH compartilhado com outros setores | 1,0 | 0,0 | 0,0% |
| | | Existência de Kit de impressos do PCH em quantidade suficiente p/ distribuição na rede (Ficha B de acompanhamento da hanseníase, cartão de aprazamento, formulário de referência e contrarreferência, livro de registro e acompanhamento dos casos) | 1,0 | 0,5 | 50,0% |
| | | N° de computadores, impressoras, tel. e aparelho de fax, suficientes e funcionando, p/ o desenvolvimento das atividades do PCH | 1,0 | 1,0 | 100,0% |
| | | Existência de Software do Sinan p/ desenvolvimento das ações do PCH | 1,0 | 0,0 | 0,0% |
| | | Disponibilidade de normas técnicas assistenciais para distribuição na rede | 1,0 | 1,0 | 100,0% |
| | | Disponibilidade de regimento interno ou documento similar | 0,5 | 0,0 | 0,0% |
| | PROCESSO | Existência de Fluxo de Referência e contrarreferência estabelecido e funcionando adequadamente | 2,0 | 0,0 | 0,0% |
| | | Realização de planejamento anual das ações do PCH/VE | 1,5 | 1,0 | 67,0% |
| | | Utilização dos indicadores epidemiológicos e operacionais p/ planejamento das ações do PCH/VE | 1,5 | 0,0 | 0,0% |
| | | Monitoramento das ações do PCH/VE | 1,5 | 1,0 | 67,0% |
| | | Realização de supervisões trimestrais aos serviços de saúde | 1,0 | 0,0 | 0,0% |
| | | Discussão do plano de ação da hanseníase no CMS | 1,0 | 0,0 | 0,0% |
| | | Promoção de capacitação em hanseníase p/ os profissionais da rede nos últimos cinco anos | 1,5 | 0,98 | 65,0% |
| | | Promoção de capacitação em hanseníase p/ os profissionais do PCH/VE nos últimos dois anos | 1,5 | 1,5 | 100,0% |
| | | Promoção de capacitação no Sinan/Hanseníase p/ os profissionais do PCH/VE nos últimos dois anos | 1,5 | 1,0 | 67,0% |
| | | Desenvolvimento de ações integradas do PCH/VE com outras áreas técnicas | 1,5 | 1,5 | 100,0% |
| **SUBTOTAL OBTIDO NO COMPONENTE GESTÃO** | | | **30,0** | **16,0** | **53,3%** |
| ASSISTÊNCIA À SAÚDE | ESTRUTURA | Existência de estrutura física adequada p/ o desenvolvimento das ACH na ESF/PACS (sala de espera dispondo de cadeiras e espaço p/ acomodação dos comunitários; sala de reunião em equipe; adequação dos consultórios em nº, tamanho, iluminação, ventilação). | 2,0 | 1,35 | 67,5% |
| | | Existência de estrutura física adequada p/ o desenvolvimento das ACH na UR (sala de espera dispondo de cadeiras e espaço p/ acomodação dos comunitários; sala de reunião em equipe; adequação dos consultórios em nº, tamanho, iluminação, ventilação; espaço p/ reabilitação das incapacidades físicas, espaço para realização de procedimentos). | 2,0 | 0,0 | 0,0% |
| | | Equipe p/ desenvolver ACH nas unidades de saúde (US) (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, no mínimo 5 ACS) | 2,0 | 1,86 | 93,0% |
| | | Equipe p/ desenvolver as ACH na UR (médico; enfermeiro; técnico ou aux. de enf.; fisioterapeuta e T.O) | 2,0 | 0,0 | 0,0% |
| | | Existência de PQT MB e PB, e medicamentos p/ tratar reações hansênicas em quantidade suficiente nos serviços de saúde | 2,0 | 1,67 | 83,5% |
| | | Existência de vacina BCG em quantidade suficiente p/ os contatos intradomiciliares nos serviços de saúde | 1,0 | 0,85 | 85,0% |
| | | Existência de Kit dermatoneurológico completo (monofilamentos, 02 tubos de ensaio, pinça, bico de bunsen) nos serviços de saúde | 1,5 | 0,04 | 2,5% |
| | | Existência de insumos p/ o autocuidado suficientes nos serviços de saúde | 1,0 | 0,0 | 0,0% |
| | PROCESSO | Realização do diagnóstico dos casos nos serviços de saúde | 2,0 | 1,4 | 70,0% |
| | | Realização de exame dermatoneurológico conforme preconizado nos serviços de saúde | 2,0 | 1,74 | 87,2% |
| | | Solicitação de exames clínicos e complementares, segundo a necessidade, nos serviços de saúde | 1,0 | 0,88 | 88,0% |
| | | Identificação dos casos suspeitos pelos ACS e encaminhamento às US | 2,0 | 1,80 | 89,8% |
| | | Avaliação do GIF dos casos novos de hanseníase no diagnóstico, nos serviços de saúde | 1,5 | 0,93 | 61,8% |
| | | Avaliação do GIF dos casos de hanseníase na cura , nos serviços de saúde | 1,5 | 0,89 | 59,3% |
| | | Orientação aos pacientes sobre o autocuidado e Prevenção de Incapacidade Física , nos serviços de saúde | 1,5 | 1,21 | 80,5% |
| | | Supervisão da tomada da dose mensal, nos serviços de saúde | 1,5 | 1,28 | 85,3% |
| | | Acompanhamento mensal do paciente pelos ACS nas US | 1,5 | 1,4 | 93,3% |

**Quadro 6:** Matriz de julgamento... (continuação)

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **ASSISTÊNCIA À SAÚDE** | **PROCESSO** | Tratamento dos casos realizado conforme preconizado nos serviços | 2,0 | 1,85 | 92,5% |
| | | Discussão bimensal da condução dos casos nas US | 1,0 | 0,58 | 58,0% |
| | | Utilização dos protocolos preconizados nos serviços de saúde | 1,0 | 0,68 | 68,0% |
| | | Realização de exames nos contatos intradomiciliares nas US | 2,0 | 1,66 | 83,0% |
| | | Acompanhamento dos casos, de forma conjunta ESF/UR, quando necessário | 1,0 | 0,79 | 79,0% |
| | | Validação do diagnóstico de recidiva pela UR, conforme preconizado | 1,0 | 0,0 | 0,0% |
| | | Tratamento das reações hansênicas pela UR, conforme preconizado | 2,0 | 0,0 | 0,0% |
| | | Realização de atividades voltadas para a Reabilitação das Incapacidades Físicas na UR, conforme preconizado | 2,0 | 0,0 | 0,0% |
| **SUBTOTAL OBTIDO NO COMPONENTE ASSISTÊNCIA À SAÚDE** | | | **40,0** | **22,9** | **57,2%** |
| **VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA** | **ESTRUTURA** | Existência de técnico de nível superior em VE para hanseníase compartilhado com outras endemias | 1,0 | 1,0 | 100% |
| | | Existência de veículo p/ a VE compartilhado com outros setores | 0,5 | 0,5 | 100% |
| | | Existência de Kit completo de impressos VE/Hansen p/ distribuição na rede (Ficha de Notificação/Investigação do Sinan, Protocolo Complementar de Investigação Diagnóstica em < de 15 anos, Formulário de vigilância de contatos intradomiciliares, Formulário para avaliação do GIF/ Avaliação neurológica simplificada, Ficha de investigação de suspeita de recidiva) | 1,0 | 0,75 | 75,0% |
| | | N° de computadores, impressoras, tel. e aparelho de fax, suficientes e funcionando, p/ o desenvolvimento das atividades da VE em hanseníase | 1,0 | 0,5 | 50,0% |
| | | Existência de Software do Sinan p/ desenvolvimento das ações da VE em hanseníase | 1,0 | 1,0 | 100,0% |
| | | Disponibilidade de regimento interno ou documento similar | 0,5 | 0,5 | 100,0% |
| | | Disponibilidade de normas técnicas da VE para distribuição na rede | 0,5 | 0,0 | 0,0% |
| | **PROCESSO** | Fluxo mensal de notificações dos casos de hanseníase instituído no município | 1,0 | 1,0 | 100,0% |
| | | Emissão do BA em hanseníase, mensalmente, p/ os serviços de saúde | 0,5 | 0,0 | 0,0% |
| | | Monitoramento da devolutiva mensal do BA em hanseníase pelos serviços | 0,5 | 0,0 | 0,0% |
| | | Rotina de realização de crítica das fichas antes da digitação instituída pela VE | 1,0 | 0,5 | 50,0% |
| | | Rotina de análise de duplicidade instituída pela VE | 1,0 | 0,5 | 50,0% |
| | | Rotina de análise da consistência das informações instituída pela VE, segundo preconizado | 1,0 | 0,5 | 50,0% |
| | | Consolidação dos dados | 1,0 | 1,0 | 100,0% |
| | | Discussão trimestral dos indicadores da hanseníase, junto com os serviços de saúde | 0,75 | 0,5 | 66,7% |
| | | Elaboração e divulgação semestral do Boletim Epidemiológico pela VE | 0,5 | 0,5 | 100,0% |
| | | Realização de busca ativa de pacientes em situação de abandono pela VE em conjunto com as equipes, quando necessário | 0,75 | 0,0 | 0,0% |
| | | Monitoramento da notificação de casos em menores de quinze anos | 0,5 | 0,5 | 100,0% |
| | | Monitoramento do encerramento dos casos no Sinan | 1,0 | 1,0 | 100,0% |
| | | Preenchimento adequado do Livro de Registro e Acompanhamento dos casos pelas US | 0,5 | 0,4 | 80,0% |
| | | Rotina de notificação dos casos instituída nos serviços de saúde | 1,0 | 0,9 | 90,0% |
| | | Preenchimento adequado do BA nos serviços de saúde | 0,5 | 0,35 | 70,0% |
| | | Busca ativa dos casos novos pelos serviços de saúde | 1,0 | 0,9 | 90,0% |
| | | Busca ativa de pacientes em situação de abandono pelos serviços de saúde | 1,0 | 0,88 | 88,0% |
| | | Busca ativa de contatos intradomiciliares pelos serviços de saúde | 1,0 | 0,88 | 88,0% |
| **SUBTOTAL OBTIDO NO COMPONENTE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA** | | | **20,0** | **14,6** | **73,0%** |
| **EDUCAÇÃO EM SAÚDE E COMUNICAÇÃO** | **ESTRUTURA** | Existência de espaços para atividades educativas nos serviços de saúde | 1,0 | 0,41 | 41,0% |
| | | Disponibilidade de recursos áudio visuais p/ as atividades educativas | 1,0 | 0,05 | 5,0% |
| | | Disponibilidade de materiais educativos p/ o desenvolvimento das atividades educativas nos serviços de saúde | 1,0 | 0,29 | 29,0% |
| | **PROCESSO** | Articulação de parcerias com os diversos atores sociais e instituições | 2,0 | 1,06 | 53,0% |
| | | Promoção de ações educativas semestrais pelo PCH/VE, conjuntamente com os serviços de saúde | 2,0 | 1,0 | 50,0% |
| | | Organização de campanha municipal p/ intensificação do diagnóstico precoce | 1,0 | 1,0 | 100,0% |
| | | Desenvolvimento de atividades educativas, mensalmente, nos serviços de saúde | 2,0 | 0,98 | 49,0% |
| **SUBTOTAL OBTIDO NO COMPONENTE EDUCAÇÃO EM SAÚDE E COMUNICAÇÃO** | | | **10,0** | **4,8** | **48,0%** |

*ACS – Agente Comunitário de Saúde; *UR- Unidade de Referência; *US- Unidade de Saúde; *T.O- Terapeuta Ocupacional; *O.D- Observação Direta; *ACH – Ações de Controle da Hanseníase;* ESF – Estratégia de Saúde da Família; *GIF- Grau de Incapacidade Física; *PCH- Programa de Controle da Hanseníase; *PACS-Programa de Agentes Comunitários de Saúde; *BCG- Bacilo de Calmette-Guérin;*Sinan – Sistema de Informação de Agravos de Notificação; *VE- Vigilância Epidemiológica; *BA- Boletim de Acompanhamento; *PQT- Poliquimioterapia; *MB- Multibacilar; *PB- Paucibacilar; *CMS – Conselho Municipal de Saúde;

O GI final do PCH do município de Camaragibe foi avaliado como incipiente (58,3%) (Quadro 7).

**Quadro 7** - Grau de Implantação do Programa de Controle da Hanseníase- Camaragibe/ PE, 2013.

| COMPONENTES | Subtotal valor máximo esperado | Valor alcançado | Grau de Implantação por componente |
|---|---|---|---|
| **GESTÃO** | 30,0 | 16,0 | 53,3% |
| **ASSISTÊNCIA À SAÚDE** | 40,0 | 22,9 | 57,2% |
| **VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA** | 20,0 | 14,6 | 73,0% |
| **EDUCAÇÃO EM SAÚDE E COMUNICAÇÃO** | 10,0 | 4,8 | 48,0% |
| | | | |
| **GRAU DE IMPLANTAÇÃO TOTAL** | 100,0 | 58,3 | 58,3% |

***Grau de implantação**:

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Implantado: 100,0% a 90,0% | | Parcialmente implantado: 89,9% a 70,0% | | Incipiente: 69,9% a 50,0% | | Não implantado < 50,0% |

A seguir, o GI será detalhado por componentes do modelo lógico, destacando os indicadores mais relevantes.

## Componente Gestão

Neste componente, o município foi avaliado como incipiente (53,3%). Na dimensão estrutura, os recursos materiais e a estrutura física contribuíram negativamente na obtenção do grau. O PCH não dispunha de insumos para o autocuidado dos pacientes, kit dermatoneurológico para distribuição na rede, sala própria e adequada para o desenvolvimento das atividades, veículo próprio e/ou compartilhado com outros setores e nem software do Sinan. O quantitativo de impressos para a disponibilização na rede mostrou-se insuficiente, alcançando apenas 50,0%. Entretanto, estavam 100,0% disponíveis para distribuição na rede a PQT PB e MB e a vacina BCG para os contatos intradomiciliares. Em relação aos RH para atuar na gestão do PCH, o município alcançou 100,0%, pois possuía um coordenador do PCH e, no mínimo, dois técnicos de nível médio para o PCH/VE.

No que se refere ao processo, não se encontravam estabelecidos: o fluxo de referência e contrarreferência; as atividades de discussão do plano de ações da hanseníase

no Conselho Municipal; a utilização dos indicadores epidemiológicos e operacionais para o planejamento das ações do PCH/VE, e a realização de supervisão às EqSF no mínimo trimestralmente. O planejamento anual das ações do PCH/VE e o monitoramento dessas ações alcançaram, apenas, 67,0%. Porém, o indicador promoção de capacitação em hanseníase para os profissionais do PCH/VE nos últimos dois anos atingiu 100,0%, enquanto sua capacitação no Sinan/Hanseníase foi de 67,0% e a promoção de capacitação para os profissionais da rede atingiu 65,0%.

**Componente Assistência à saúde**

O GI obtido foi incipiente (57,2%). Os indicadores que contribuíram negativamente foram: ausência de insumos para o autocuidado, baixa disponibilidade do kit para o exame dermatoneurológico nos serviços; inadequada estrutura física para desenvolvimento das ACH nas unidades (67,5%), correspondendo ao inadequado espaço para reunião em equipe, sala de espera e consultórios. Além da UR não dispor de estrutura física adequada, e nem de equipe multiprofissional para desenvolver as ações do PCH.

Entretanto, 93,0% das EqSF ou PACS possuíam equipe mínima para desenvolver as ACH, 83,5% e 85,0% dispunham, respectivamente, de PQT PB/MB para o tratamento dos casos e de vacina BCG para os contatos intradomiciliares.

Em relação ao processo, apenas 61,8% das equipes realizavam avaliação dos casos quanto ao GIF no diagnóstico e 59,3% na cura. 57,9% das EqSF discutiam sobre a condução dos casos. Dentre os indicadores que contribuíram positivamente, ressalta-se a realização do tratamento dos casos conforme preconização (92,5%); 85,3% das equipes supervisionando a tomada da dose mensal dos pacientes; 93,3% e 83,0% das equipes realizando, respectivamente, o acompanhamento mensal dos pacientes pelos ACS e o exame dos contatos intradomiciliares. Em 87,2% das equipes o exame dermatoneurológico era realizado, mas apenas 70,0% dessas conseguiram fechar o diagnóstico.

**Componente Vigilância Epidemiológica**

O GI foi avaliado como parcialmente implantado (73,0%). Na dimensão estrutura, a VE dispunha de 75,0% dos impressos necessários à notificação/investigação e

acompanhamento dos casos para a distribuição na rede e não possuía normas técnicas para disponibilizar aos serviços. Quanto à estrutura física e recursos materiais, a coordenação da VE não dispunha, para o desenvolvimento das ações, de sala própria, nem de computadores e impressoras suficientes e funcionando adequadamente. Os indicadores melhor avaliados (100,0%) na estrutura foram a existência de técnico de nível superior em VE para hanseníase, disponibilidade de veículo, software do Sinan e existência de regimento interno.

Quanto ao processo, o município foi bem avaliado nos seguintes indicadores: consolidação dos dados (100,0%); elaboração e divulgação do boletim epidemiológico (100,0%); monitoramento da notificação dos casos em menores de quinze anos (100,0%) e do encerramento dos casos no Sinan (100,0%); rotina de notificação dos casos instituída pelos serviços de saúde (90,0%); preenchimento adequado do Livro de Registro e acompanhamento dos casos (80,0%); busca ativa, pelos serviços de saúde, dos casos novos (90,0%), de contatos intradomiciliares (88,0%) e pacientes em situação de abandono de tratamento (88,0%).

Já as ações referentes à discussão dos indicadores junto com os serviços de saúde (66,7%), crítica das fichas antes da digitação (50,0%), a análise da duplicidade (50,0%) e de consistência das informações (50,0%) obtiveram as pontuações mais baixas. Além disso, constatou-se que a realização de busca ativa, quando necessário, pela VE, em conjunto com as equipes, de pacientes em situação de abandono de tratamento, a emissão mensal do Boletim de Acompanhamento (BA) e o monitoramento da sua devolutiva não eram realizados.

**Componente Educação e Comunicação**

O grau alcançado foi não implantado (48,0%). Evidenciou-se que 41,0% e 5,0%, respectivamente, dos serviços de saúde dispunham de espaço e recursos materiais para desenvolver atividades educativas e ainda que apenas 29,0% dos impressos estavam disponíveis para distribuição durante essas atividades.

Em relação ao processo, observou-se incipiência no desenvolvimento de atividades educativas, no mínimo mensalmente, pelos serviços (49,0%); na articulação de parcerias com os diversos atores sociais e instituições (53,0%), e na promoção de ações educativas pela coordenação do PCH/VE, em conjunto com os serviços de saúde

(50,0%). No entanto, o indicador organização de, no mínimo, uma campanha anual para intensificação do diagnóstico foi bem avaliado (100,0%).

### 5.3 Análise dos Efeitos

**Quadro 8** - Resultados do Programa de Controle da Hanseníase - Camaragibe/PE, 2010-2013

| DIMENSÃO | COMPONENTE | INDICADORES | PARÂMETROS | PONTUAÇÃO ALCANÇADA INDICADORES SINAN | | | PONTUAÇÃO ALCANÇADA INDICADORES MODELO LÓGICO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 2010 | 2011 | 2012 | |
| RESULTADOS | GESTÃO | Plano anual de gestão elaborado e implantado | Bom: ≥ 90,0%<br>Regular: 70,0% a 89,9%<br>Precário: < 70,0% | _____ | _____ | _____ | 0,5/1,0<br>50,0% |
| | | Mudança nas práticas profissionais (nível superior) pós-formação em hanseníase | | _____ | _____ | _____ | 0,88/1,0<br>88,0% |
| | | Mudança nas práticas profissionais (nível médio) pós-formação em hanseníase | | _____ | _____ | _____ | 0,83/1,0<br>83,0% |
| | | Mudança na resolução dos entraves referentes às ACH, mediante suporte da gestão | | _____ | _____ | _____ | 0,44/1,0<br>44,0% |
| | | Uniformização do fluxo de atendimento aos pacientes | | _____ | _____ | _____ | 0,15/1,0<br>15,0% |
| | ASSISTÊNCIA Á SAÚDE | Coeficiente de detecção anual de casos novos por 100.000 habitantes | Hiperendêmico: ≥ 40,00/100.000 hab.<br>Muito Alto: 20,00 a 39,99/100.000 hab.<br>Alto: 10,00 a 19,99/100.000 hab.<br>Médio: 2,00 a 9,99 /100.000 hab.<br>Baixo: < 2,00 /100.000 hab. | 33,2 | 22,6 | 19,7 | _____ |
| | | Coeficiente de detecção anual de casos novos em menores de 15 anos por 100.000 habitantes | Hiperendêmico: ≥ 10,00/100.000 hab.<br>Muito Alto: 5,00 a 9,99/100.000 hab.<br>Alto: 2,50 a 4,99/100.000 hab.<br>Médio: 0,50 a 2,49/100.000 hab.<br>Baixo: < 0,50/100.000 hab. | 9,0 | 9,0 | 5,9 | _____ |
| | | Proporção de casos novos com GIF avaliado no diagnóstico | Bom: ≥90,0%<br>Regular: 75,0 a 89,9%<br>Precário: < 75,0% | 87,5% | 91,0% | 82,8% | _____ |
| | | Proporção de casos de hanseníase avaliados quanto ao GIF no momento da alta por cura | | 29,0% | 0,0% | 81,0% | _____ |
| | | Proporção de cura da hanseníase entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes | | 73,0% | 24,0% | 68,8% | _____ |
| | VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA | Proporção de contatos examinados entre os contatos registrados dos casos novos diagnosticados no ano | Bom: ≥75,0%<br>Regular: 50,0 a 74,9%<br>Precário: < 50,0% | 57,0% | 12,2% | 28,4% | _____ |
| | | Proporção de casos de hanseníase em abandono de tratamento entre os casos novos diagnosticados | Bom: <10,0%<br>Regular: 10,0 a 24,9%<br>Precário: ≥ 25,0% | 33,0% | 69,5% | 34,1% | _____ |
| | | Qualidade da informação - Consistência | Bom: ≥ 90,0%<br>Regular: 70,0 a 89,9%<br>Precário: < 70,0% | 91,0% | 84,0% | 81,0% | _____ |
| | | Qualidade da informação - Ausência de duplicidades | | 100,0% | 100,0% | 100,0% | _____ |
| | | Encerramento dos casos em tempo oportuno | | 74,5% | 78,4% | 70,3% | _____ |
| | ED. EM SAÚDE E COMUNICAÇÃO | Promoção de atividade de mobilização social | Bom: ≥ 90%<br>Regular: 70% a 89,9%<br>Precário: < 70% | _____ | _____ | _____ | 0,5/1<br>50% |
| | | Mudança no comportamento dos usuários após a realização de atividades de prevenção | | _____ | _____ | _____ | 0,59/1<br>59,0% |

Os resultados observados foram evidenciados por componentes do modelo lógico.

**Componente Gestão**

Em relação ao indicador plano anual de gestão elaborado e implantado, o município alcançou 50,0%, classificando-se como precário; quanto à mudança nas práticas profissionais pós-formação em hanseníase, os de nível superior obtiveram 88,0% e os de nível médio 83,0%, ambos classificados com o parâmetro regular. Os indicadores mudança na resolução dos entraves referentes às ACH mediante suporte da gestão, e uniformização do fluxo de atendimento aos pacientes foram classificados com o parâmetro precário, computando, respectivamente, 44,0% e 15,0%.

**Componente Assistência à Saúde**

No município, os coeficientes de detecção anual de casos novos por 100.000hab. em 2010 e 2011, foram, respectivamente, 33,2 e 22,6 (muito alto) e, em 2012, 19,7 (alto). Já o coeficiente de detecção anual de casos novos em menores de 15 anos por 100.000 hab., alcançou, em 2010 e 2011, o valor 9,0 (muito alto) e, em 2012, foi 5,9 (muito alto). Esses indicadores correspondem, em valores absolutos, nos anos 2010, 2011 e 2012, a 48, 33 e 29 casos detectados na população geral, respectivamente. Para os referidos coeficientes, na população menor de 15 anos, os valores absolutos correspondem, nos anos 2010 e 2011, a 3 casos detectados, e em 2012, a 2 casos.

A proporção de casos novos com GIF avaliado no diagnóstico, nos três anos a que se refere a análise dos efeitos, atingiu, respectivamente, 87,5% (regular), 91,0% (bom) e 82,8% (regular). Enquanto a proporção de casos de hanseníase avaliados quanto ao GIF no momento da alta por cura, em 2010 e 2011, foi, respectivamente, 29,0% e 0,0% (precário), e, em 2012, 81,0%, (regular). Já a proporção de cura da hanseníase entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes, alcançou, em 2010, 73,0%, em 2011, 24,0% e em 2012, 68,8%, todos classificados como precário.

**Componente Vigilância Epidemiológica**

Em relação à proporção de contatos examinados entre os contatos registrados dos casos novos, em 2010 o município computou 57,0% (regular), mas em 2011 e 2012 alcançou apenas 12,2% e 28,4% (precário); a proporção de casos de hanseníase em

abandono de tratamento entre os casos novos diagnosticados, nos anos de 2010 a 2012 foi respectivamente, 33,0%, 69,5% e 34,1% (precário).

Quanto à qualidade do banco, os resultados foram satisfatórios quanto à ausência de duplicidades, atingindo 100,0% nos três anos analisados. Na análise da consistência o município alcançou, em 2010, 91,0% (bom), já nos anos de 2011 e 2012 atingiu, respectivamente, 84,0% e 81,0%, (regular).

O encerramento oportuno dos casos no município, nos três anos analisados, alcançou o parâmetro regular, correspondendo, respectivamente, a 74,5%, 78,4% e 70,3%.

**Componente Educação em Saúde e Comunicação**

Em relação à mudança no comportamento dos usuários (na percepção dos profissionais), após a realização de atividades educativas, o município alcançou apenas 59,0%, e para a promoção de atividade de mobilização social atingiu 50,0%, ambos classificados com o parâmetro precário.

# 6. DISCUSSÃO

O GI do PMCH de Camaragibe foi avaliado como incipiente. Evidenciaram-se alguns pontos críticos que interferiram nessa classificação, bem como nos efeitos observados, tais como: ausência do serviço de referência; baixa autonomia e resolutividade da gestão; fragilidade no sistema de informação; incipiência nas ações da VE, na realização de atividades educativas e formação de parcerias.

A análise da influência do GI nos efeitos observados, por componente, revelou alguns indicadores convergentes e outros divergentes, destacando-se, entre os insatisfatórios, a baixa proporção de contatos examinados, o abandono de tratamento, a uniformização do fluxo de atendimento aos pacientes; mudança na condução dos casos e na resolução dos entraves mediante suporte da gestão.

Em todos os componentes, grande parte dos indicadores de estrutura do PMCH atingiu o parâmetro incipiente, independente da técnica de coleta, observação direta ou entrevista. A deficiência desses recursos é um ponto de estrangulamento no programa, comprometendo a qualidade da assistência [63,64]. Os problemas estruturais, que dificultam o aprimoramento e qualificação da AB, precisam ser enfrentados, no Brasil, e é inadequado aguardar condições ideais para que os obstáculos sejam ultrapassados [65].

Estudo anterior em Camaragibe já havia mostrado a divergência entre o GI das áreas estratégicas da AB nas EqSF e os indicadores epidemiológicos operacionais do programa[28]. Achados similares foram observados por outros autores, que evidenciaram a pouca influência do GI sobre os indicadores operacionais e de resultado do PNCH [52,66].

No Componente Assistência à Saúde, os indicadores de resultado, *coeficientes de detecção geral* e *em menores de quinze anos* apresentaram, no geral, endemicidade muito alta. Embora tenha sido evidenciado adequado desenvolvimento das atividades de diagnóstico no município, o aumento nesses coeficientes pode estar refletindo não só o aumento da cobertura do sistema de saúde, da agilidade diagnóstica e tratamento nos serviços de saúde, mas principalmente a expansão da endemia, pois uma taxa de detecção ascendente reflete a incidência real de casos novos [67,68].

Adicionalmente, o coeficiente de detecção em menores de quinze anos muito alto configura-se como um marcador de endemicidade, indicando a persistência da transmissão da doença e a precocidade da exposição, por novos focos de transmissão ativa ainda não detectados ou diagnosticados tardiamente, o que sugere deficiência na vigilância e no controle da doença [69,70].

Ratificando os achados evidenciou-se, em algumas EqSF, a conduta de fazer apenas suspeição e encaminhar para outro serviço concluir o diagnóstico, o que dificulta o diagnóstico precoce e tratamento oportuno. Podendo estar relacionada à deficiência na estrutura física e no kit dermatoneurológico, à falta de capacitação teórico-prática, à estigmatização, insegurança no manejo da doença, e ao pouco tempo de atuação dos profissionais de nível superior no serviço. Acrescenta-se a estes o fato de que, em algumas unidades, delega-se o diagnóstico dos casos exclusivamente ao enfermeiro, pela reduzida carga horária do médico e, principalmente, pela falta de priorização destes no atendimento aos pacientes de hanseníase.

De acordo com Vanderlei & Vázquez, (2013) [71], a falta de médicos nas EqSF, bem como a ausência de compromisso profissional, deficiente qualidade técnico-científica e inadequado desempenho levam à sobrecarga do enfermeiro, além da transferência de responsabilidades e indefinição de papéis. No estudo de Moreno *et al*., (2008) [48], os profissionais entrevistados ressaltam a necessidade de maior envolvimento da categoria médica no processo de detecção dos casos.

Na análise do grau, os indicadores *casos avaliados quanto ao GIF no diagnóstico e na cura* obtiveram valores inferiores ao observado no indicador de resultado *Proporção de casos novos com o GIF avaliado no diagnóstico*, aproximando-se dos valores da *Proporção de casos novos com o GIF avaliado na alta por cura.* O que pode estar relacionado à falta de treinamento prático em serviço, já que a avaliação do GIF requer técnica específica e habilidade do profissional. Estudo realizado no Paraná avaliou usuários em tratamento ou em alta do PCH quanto ao GIF, ressaltando que a maior parte deles não havia sido examinada anteriormente. Além disso, foi constatado que muitos profissionais desconheciam a técnica de classificação do GIF, assim como sua importância como estratégia de prevenção de incapacidades [43,72].

Supõe-se que a divergência encontrada entre os indicadores do grau de implantação e os de resultado relaciona-se ao fato de alguns pacientes já virem avaliados quanto ao GIF das referências estaduais, quando encaminhados para diagnóstico pelas EqSF, cabendo a estas, nestes casos, realizar apenas a notificação e iniciar o tratamento.

No componente VE, os indicadores *busca ativa e realização de exames nos contatos intradomiciliares* foram bem avaliados, divergindo dos resultados encontrados, classificados como precário. O exame dos contatos intradomiciliares é fundamental para orientação quanto aos sinais característicos da doença, descoberta precoce de novos casos e quebra da cadeia de transmissão [73]. Corroborando com os resultados do presente estudo,

outros autores observaram que um número reduzido de contatos vem sendo contemplado com tal medida [14,43].

A *busca ativa dos pacientes em situação de abandono de tratamento* foi bem avaliada nas atividades relacionadas ao GI e divergiu dos resultados encontrados, que permaneceram com parâmetros insatisfatórios no período estudado. De acordo com Arantes *et al*., (2010) [74], a ingestão da medicação por longos meses e o aparecimento das reações hansênicas são fatores que contribuem para o abandono e irregularidade do tratamento pelos pacientes com hanseníase.

Em relação à divergência encontrada nos referidos indicadores do componente VE, vale salientar que, que para uma adequada análise dos indicadores, devem ser consideradas possíveis incoerências na operacionalização do Sinan, no registro e fluxo de informações [75], além de um possível questionamento quanto à confiabilidade das informações fornecidas pelos profissionais, que podem ocultar possíveis fragilidades da assistência.

Observou-se, no município, incipiência na *realização da crítica das fichas, na análise da consistência das informações e duplicidade, na emissão do BA e monitoramento da sua devolutiva*. No entanto, o indicador de resultado *qualidade do banco,* referente à consistência dos dados e ausência de duplicidade, no geral foi bem avaliado. A justificativa para esse achado foi a realização de ações emergenciais pela Secretaria Estadual de Saúde, no ano de 2012, para melhorar a qualidade das informações do banco de dados do município, resgatando dados de 2008 a 2012, conforme registrado em relatório do município[76].

No que se refere ao componente Gestão, foi verificado incipiente monitoramento das ações do PMCH, a não utilização dos indicadores epidemiológicos e operacionais para o planejamento anual das ações, a não discussão no Conselho Municipal de Saúde ou com outras instâncias de controle social, e a não realização de supervisões trimestrais aos serviços de saúde. Estes fatores refletiram na incipiente *mudança na condução dos casos e resolução dos entraves nas ACH* e na precária classificação do *Plano anual de gestão,* que foi elaborado pela coordenação do programa, mas suas ações não estavam implantadas.

Galvão *et al*., (2008) [75] também destacaram a falta de análise ampla e do uso das informações disponíveis no Sinan para planejamento e gerenciamento dos serviços de saúde, enquanto Facchini *et al*., (2006)[77] constataram que, na maioria dos municípios estudados, o monitoramento e a avaliação da AB era irregular e a supervisão visava

apenas o repasse de normas e procedimentos burocráticos. Em outro trabalho foi constatado que, em alguns municípios, a prática da supervisão das EqSF não se encontrava plenamente institucionalizada [78].

Os gerentes não estão preparados para o processo de trabalho que a descentralização demanda. A gestão verticalizada, a falta de integração e planejamento levam à baixa resolutividade e condução dos programas de forma improvisada. Para o desenvolvimento de ações integradas é necessário facilitar a comunicação e as relações entre os diversos serviços e níveis gerenciais, compartilhar responsabilidades, planejar e definir papéis [79-81].

Embora, na análise do grau, tenha sido observado baixo investimento da gestão na *promoção de capacitação em hanseníase/VE para os profissionais da rede*, percebeu-se *mudança nas práticas dos profissionais pós-formação em hanseníase*. Da mesma forma, Lima *et al*.,(2008) [82] avaliaram o papel das capacitações técnicas na qualidade das ACH e constataram que o diferencial entre os bem e mal avaliados foi a forma de condução e o comprometimento dos profissionais para o alcance das metas do programa. Assim, as capacitações podem melhorar a qualidade da assistência, quando instrumentalizadas com estratégias didático-metodológicas voltadas para a problematização, discussão de casos e abordagem teórico-prática, mas não garantem, por si só, um perfil proativo e a transformação do modelo [63,83].

Na análise do grau, a ausência da equipe para atuar na UR e a inadequada estrutura física deste serviço convergiram para um *fluxo de referência e contrarreferência* não estabelecido no município. Segundo informações dos profissionais, desde meados de 2012 utilizam-se as referências estaduais, por encontrar-se sem dermatologista no serviço municipal. Adicionalmente, os profissionais se recusam a atuar no PCH, pela complexidade da doença, pelo pouco manejo e até mesmo pelo estigma. Resultados similares foram encontrados em outro estudo ratificando o fato dos profissionais não desenvolverem as ACH, por insegurança no diagnóstico, medo da doença e falta de treinamento [48].

As referências estaduais são distantes, adicionado ao custo do deslocamento, dificuldade para agendar as consultas, baixa garantia de assiduidade do paciente, além da dificuldade na contrarreferência. A centralização do atendimento em um serviço de referência pode justificar o considerável percentual de incapacidades físicas encontrado na população estudada, refletindo a dificuldade de acesso e diminuição na frequência necessária dos atendimentos em relação às orientações e intervenções [74].

Vale ressaltar que, mesmo durante o período em que a referência esteve atuante (2010 a início de 2012), os indicadores operacionais e epidemiológicos já se apresentavam insatisfatórios, levando a questionamentos sobre a sua efetividade, ainda que o seu papel seja atuar pontualmente nos casos de dúvida de diagnóstico, confirmação de recidivas, reações hansênicas, reabilitação, entre outros. É fundamental a adequada estruturação do sistema de referência e contrarreferência, possibilitando uma integração sustentável do serviço, minimização da concentração de casos, assistência adequada e resolutividade [29,33,84].

O componente Educação em Saúde e Comunicação apresentou-se incipiente, com a maioria das unidades realizando atividades educativas individuais ou durante as campanhas anuais, e a incipiente articulação de parcerias com os atores sociais e instituições. A deficiência de espaço físico para realizar as atividades, de impressos, de recursos materiais e financeiros foi considerada um agravante para a não incorporação das atividades coletivas na rotina dos serviços, fatores que repercutiram na insuficiente *promoção de atividade de mobilização social* e *mudança significativa no comportamento dos usuários*, após a realização das atividades educativas.

Kelly-Santos *et al*., (2009) [85] evidenciaram, nas atividades educativas, o predomínio da comunicação vertical e unilateral, dada a ênfase nas campanhas e na centralização da produção-distribuição de materiais pelo MS e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

As ações educativas como prática social e pedagógica devem ser inerentes a todas as ACH, desenvolvidas pela equipe de saúde em parceria com diversos atores sociais, gestão e instituições. Devem ser dirigidas aos usuários, familiares e população em geral, por meio de um processo de ensino-aprendizagem participativo, dialógico e problematizador, visando aumentar o reconhecimento da doença em seu estágio inicial, influenciando no aumento da detecção precoce de casos [63,74].

A educação em saúde voltada para ACH deve estar focada nas ações comunitárias, buscando articulação com representações sociais aliadas à experiência com a doença, e inserindo a participação comunitária no planejamento, execução e avaliação das ações educativas. Pois, quando essa mobilização social se dá através da conscientização dos indivíduos envolvidos no processo, transforma-se na educação em seu sentido pleno, sendo capaz de ocasionar mudanças de comportamento, promoção da saúde individual e coletiva e melhoria da qualidade de vida [86-88].

A integralidade do cuidado preconiza o acesso da população ao sistema nos diversos níveis de atenção, sendo um objeto do saber complexo que contempla as necessidades de ações e dos serviços de saúde, dos sujeitos e da organização das atividades profissionais [89]. No município de Camaragibe a ausência de profissional para atuar na referência e a desintegração entre as ações da Gestão Assistência à Saúde, Vigilância Epidemiológica e Mobilização Social, dificultaram o desenvolvimento das ACH de forma integral e resolutiva.

Destaca-se que algumas divergências encontradas entre o GI e os efeitos observados podem levantar questionamentos em relação à confiabilidade das informações fornecidas por alguns profissionais, como também indicar falhas no Sinan, já que o município passou por problemas operacionais, de perda de dados e de déficit de insumos e de profissionais para desempenhar as atividades.

Vale ressaltar que, mesmo utilizando como referência para a construção da matriz de análise e julgamento, o modelo lógico e o estudo de Leal (2011)[50], que validou a maioria dos indicadores submetendo-os a especialistas, no presente estudo não foi possível realizar complementarmente a técnica de consenso.

Outra limitação diz respeito à variedade dos entrevistados, uma vez que os enfermeiros constituíram quase a totalidade dos informantes de nível superior, por cumprirem jornada de trabalho de 40h e terem maior disponibilidade em participar da pesquisa, enquanto apenas um médico foi entrevistado.

Finalmente, a melhor estratégia para a avaliação da qualidade dos serviços requer a seleção de um conjunto de indicadores representativos da estrutura, processo e resultado, embora sua validade preceda a existência de relação causal. Trata-se não só de diagnosticar problemas e buscar soluções, mas, também, de identificar oportunidades para a melhoria dos serviços [42].

# 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O GI final do PMCH de Camaragibe foi avaliado como incipiente, evidenciando que algumas áreas ainda não se encontravam implantadas e outras precisavam de uma atuação mais intensiva para o alcance das normas e metas preconizadas para o programa.

Em relação aos componentes, o melhor avaliado foi o da VE, parcialmente implantado, seguindo-se a Assistência à Saúde e a Gestão, considerados incipientes, enquanto o Educação em Saúde e Comunicação classificou-se como não implantado.

No componente gestão foi verificada a dissociação entre planejamento, gerenciamento e execução das ações de controle, confluindo na baixa resolutividade, condução do PCH de forma improvisada e incipiência na prestação de serviços e ações de qualidade. Vale ressaltar que a falta de estruturação do serviço de referência e a ausência da equipe multiprofissional para atuar no mesmo dificultou a condução dos casos e a resolução das intercorrências em tempo oportuno.

No componente Assistência à Saúde, a deficiente promoção de capacitação teórico-prática para os profissionais da rede, adicionada à falta de comprometimento e priorização do atendimento aos pacientes de hanseníase, por parte dos médicos, resultaram na sobrecarga dos enfermeiros e nos inadequados encaminhamentos aos serviços de referência estadual.

Na Vigilância Epidemiológica, a fragilidade do sistema de informação, gerou divergências entre o GI e alguns indicadores de resultado.

Na Educação em Saúde e Comunicação, as atividades educativas focadas nas práticas individuais dificultaram a participação comunitária e a mobilização social voltadas para as ACH.

Através desses achados, pode-se supor que não se tem mobilizado recursos e realizado investimentos suficientes na qualificação da rede municipal de atenção aos pacientes com hanseníase, apontando para problemas na organização e estruturação dos serviços, operacionalização de algumas atividades e fragilidade do sistema de informações.

# 8. RECOMENDAÇÕES

Como contribuição ao processo de implantação do PMCH no Município de Camaragibe recomenda-se:

**Para o componente Gestão:**

- Mobilização de recursos, qualificação da rede municipal de atenção aos pacientes com hanseníase, reestruturação do serviço de referência municipal e contratação ou promoção de concurso público para dermatologista e equipe multiprofissional, segundo preconizado pelo MS, possibilitando a continuidade e a qualidade do atendimento em todos os níveis da atenção.
- Implementação do Plano Anual de Gestão, integrado às diversas áreas técnicas, com utilização dos indicadores epidemiológicos e operacionais na sua elaboração, submetendo-o às instâncias de controle social.
- Fortalecimento das práticas de gestão referentes ao monitoramento, avaliação e supervisão às unidades, visando à discussão, resolução dos entraves de forma conjunta e suporte na condução dos casos complexos.

**Para a Assistência à Saúde:**

- Fortalecimento das ACH na AB e desenvolvimento de estratégias que assegurem um maior envolvimento dos profissionais nas ACH.

**Para a Vigilância Epidemiológica:**

- Qualificação das ações de Vigilância em Saúde, dos profissionais que nela atuam e da base de dados, envolvendo as equipes de saúde na discussão dos indicadores, favorecendo a ampliação de suas atividades.

**Para a Educação em Saúde e Comunicação:**

- Implementação de estratégias de educação em saúde e mobilização social, incorporando-as na rotina dos serviços de forma contextualizada, envolvendo os principais atores e instituições.

# 9. REFERÊNCIAS


1.Eidt LM. Breve história da hanseníase: sua expansão do mundo para as Américas, o Brasil e o Rio Grande do Sul e sua trajetória na saúde pública brasileira. Saúde Soc. 2004; 13(2):76-88.

2. Maurano F. Tratado de leprologia. 2ª ed. Rio de Janeiro: Serviço Nacional de Lepra, 1950. 13-181.

3. Serviço Nacional de Lepra. Manual de leprologia. Rio de Janeiro: Departamento Nacional de Saúde, 1960.

4. Opromolla DVA. Noções de hansenologia. Bauru: Centro de Estudos Dr. Reynaldo Quagliato, 2000.

5. Yamanouchi AA, Caron CR, Shiwaku DT. Hanseníase e sociedade: um problema sempre atual. An bras Dermatol.1993; 68(6): 396-404.

6. Araújo MG. Hanseníase no Brasil. Rev Soc Bras Med Trop. 2003; 36(3): 373 – 82.

7. Goulart IMB, Dias CM, Oliveira ACS, Silva AA, Alves RR, Quaresemin CR, *et al*. Grau de incapacidade: indicador de prevalência oculta e qualidade do programa de controle da hanseníase em um Centro de Saúde-Escola no município de Uberlândia, Minas Gerais. Hansen Int. 2002; 27(1): 5 – 13.

8. Souza M. Assistência de Enfermagem em Infectologia. São Paulo: Atheneu, 2000.

9. Campos SSL, Ramos Jr AN, Kerr-Pontes LRS, Heukelbach J. Epidemiologia da hanseníase no município de Sobral, estado do Ceará-Brasil, no período de 1997 a 2003. Hansen Int. [periódico *on line*]. 2005; 30(2): 167–78. Disponível em: http://www.ilsl.br/revista/imageBank/53-140-1-PB.pdf. Acesso em:12 jun. 2013.

10. Ferreira J, Mengue SS, Wagner MB, Ducan B. Estimating hidden prevalence in Hansen's disease through diagnosis delay and grade of disability at time of diagnosis. Inter J Leprosy Other Mycobac Dis. 2000; 68(4): 464 - 73.

11. Gil Suárez RE, Lombardi C. Leprosy elimination at sub-national level. Lepr Rev. 2000; 71(2): 206-11.

12. Moreira TMA. Estudo de caso da avaliação da descentralização das ações programáticas de hanseníase. [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz; 2002.

13. WHO. Weekly epidemiological record, agosto 2013, 87th year.[boletim *on line*]. 2013; 87(34): 317–28. Disponível em: http://www.who.int/wer. Acesso em: 17 nov. 2013.

14. Magalhães M, Rojas L. Diferenciação territorial da hanseníase no Brasil. Epidemiol Serv Saúde. [periódico *on line*]. 2007; 16(2): 75-84. Disponível em:http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167949742007000200

002&lng=pt. http://dx.doi.org/10.5123/S167949742007000200002. Acesso em: 20 ago. 2013.

15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Relatório de gestão da Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle da Hanseníase: janeiro de 2009 a dezembro de 2010. Brasília. 2011.

16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n° 3.125, de 07 de outubro de 2010. Brasília, DF; 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis../gm/2010/prt3125_07_10_2010.html. Acesso em: 15 nov. 2012.

17. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Boletim Hanseníase. Recife: Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde, 2012.

18. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Banco de dados do Sinan. Recife, 2012.

19. Souza WV, Barcellos CC, Brito AM, Carvalho MS, Cruz OG, Albuquerque MF, *et al*. Aplicação de modelo bayesiano empírico na análise espacial da ocorrência de hanseníase. Rev Saúde Pública. 2001; 35: 474-80.

20. Souza Araújo HC. História da lepra no Brasil: período republicano (1890-1952). Rio de Janeiro: Departamento de Imprensa Nacional do Brasil, 1956.

21. Noordeen SK. Elimination of leprosy as a public health problem: progress and prospects. Bull World Health Organ. 1995; 73: 1-6.

22. Gosset J. The new challenges for chemotherapy research. Lepr Rev. 2000; 71 (Supl.1): 100-4.

23. Neira M. Disease elimination and eradication: lessons learnt from Leprosy**.** State of the Art Lecture.World Health Organization. 2002. Disponível em: http://www.who.int/lep/lessons.htm. Acesso em: 17 nov. 2013.

24. Raposo MT. Avaliação da implantação do programa de controle da hanseníase na rede básica de Aracajú, Sergipe. [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2011.

25. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Sanar - Plano para Redução e Eliminação das Doenças Negligenciadas no Estado de Pernambuco 2011-2014. Recife: Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde, 2011.

26. Bodstein R. Atenção básica na agenda da saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2002; 7(3): 401-12.

27. Brasil. Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde. Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase em nível municipal 2006-2010. Brasília:Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase, 2006.

28. Cavalcante MGS, Samico I, Frias PG, Vidal SA. Análise de implantação das áreas estratégicas da atenção básica nas equipes de Saúde da Família em município de uma

Região Metropolitana do Nordeste brasileiro. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2006; 6(4): 437-45.

29. Mendes MS, Trindade LC, Cantídio MM, Aquino JAP, Campos GP, Zamora A, *et al*., Descentralização das ações de controle da hanseníase em João Pessoa (Paraíba): a visão dos gestores. Cad Saúde Coletiva. 2008; 16 (2): 217- 30.

30. World Health Organization. WHO Expert Committee on Leprosy. Seventh Report. Geneva, 1998. Who Technical Report Series: 874.

31. Andrade VLG. Evolução da hanseníase no Brasil e perspectivas para sua eliminação como um problema de saúde pública. [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz; 1996.

32. Dias RC, Pedrazzani ES. Políticas públicas na Hanseníase: contribuição na redução da exclusão social. Rev Bras Enferm. 2008; 61: 753-6.

33. Correia CMF, Pimentel NSN, Fialho VML, Oliveira RML, Gomide M, Heukelbach J. Fatores associados à alta demanda de pacientes com hanseníase em centro de referência em Manaus, Amazonas. Cad Saúde Coletiva. 2008; 16 (2): 169 – 80.

34. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1073/GM, de 26 de setembro de 2000. DOU, 2000.

35. World Health Organization. First WHO report on neglected tropical diseases: working to overcome the global impact of neglected tropical diseases. Gênova, 2010.

36. Werneck GL, Hasselmann MH, Gouvea TG. Panorama dos estudos sobre nutrição e doenças negligenciadas no Brasil. Ciênc Saúde Coletiva. 2011; 16(1): 39-62.

37. Matida AH, Camacho LAB. Pesquisa avaliativa e epidemiologia: movimentos e síntese no processo de avaliação de programas de saúde. Cad Saúde Pública. 2004; 20(1): 37-47.

38. Champagne F, Contandriopoulos A, Brousselle A, Hartz Z, Denis JL. A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos A, Hartz Z. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2011. p. 41-60.

39. Denis JL, Champagne F. Análise de implantação. In: Hartz Z. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1997. p. 49-88.

40. Cesar CLG, Tanaka OY. Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: um estudo de caso na região sudoeste da área metropolitana de São Paulo, 1989-1990. Cad Saúde Pública; 1996, 12 (supl.2): 59-70.

41. Donabedian A. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. In: Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring. 1980; 1: 77- 125.

42. Donabedian A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. Qual Rev Bull. 1992; 18: 356-60.

43. Aquino DMC, Santos JS, Costa JML. Avaliação do programa de controle da hanseníase em um município hiperendêmico do Estado do Maranhão, Brasil, 1991-1995. Cad Saúde Pública. 2003; 19(1): 119-25.

44. Visschedijk J, Engelhard A, Lever P, Grossi MAF, Feenstra P. Leprosy control strategies and the integration of health services: an international perspective. Cad Saúde Pública. 2003; 19(6): 1567 - 81.

45. Duarte-Cunha M, Souza-Santos R, Matos HJ, Oliveira MLW. Aspectos epidemiol epidemiológicos da hanseníase: uma abordagem espacial. Cad. Saúde Pública. 2012; 28(6): 1143-55.

46. Ferreira FX. Análise da implantação do Programa de Eliminação da Hanseníase em Manaus. [dissertação]. Manaus: Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz; 2005.

47. Ferreira MLLT, Pontes MAA, Silveira MIS, Araújo LF, Kerr LRS. A demanda de um centro de referência nacional para hanseníase no Nordeste brasileiro: por que o excesso de pacientes? Cad Saúde Coletiva. 2008; 16: 243-56.

48. Moreno CMC, Enders BC, Simpson CA. Avaliação das capacitações de Hanseníase: opinião de médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família. Rev Bras Enferm. 2008; 61: 671-5.

49. Patroclo MAA, Santos EM, Natal S, Cruz MM, Oliveira MLWR. Análise de dois modelos para avaliação de Programas de Hanseníase no Brasil. Cad Saúde Coletiva. 2008; 16 (2): 257 – 72.

50. Leal DR. Avaliação da implantação do Programa de Controle da Hanseníase no distrito sanitário IV do município de Recife. [dissertação]. Recife: Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira; 2011.

51. Lustosa AA, Nogueira LT, Pedrosa JIS, Teles JBM, Campelo V. The impact of leprosy on health-related quality of life. Rev Soc Bras Med Trop. [periódico *on line*]. 2011; 44(5): 621-6. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S0037-868220110005 00019. Acesso em: 25 nov. 2013.

52. Raposo MT, Nemes MIB: Assessment of integration of the leprosy program into primary health care in Aracaju, state of Sergipe, Brazil. Rev Soc Bras Med Trop. [periódico *on line*]. 2012; 45(2): 203-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037868220120002000013&lng =en. http://dx.doi.org/10.1590/S0037-86822012000200013. Acesso em: 25 ago. 2013.

53. Ramos Jr AN, Heukelbach J, Gomide M, Hinders DC, Schreuder PAM. Investigação em sistemas de serviços de saúde como ferramenta para o alcance de programas de controle da hanseníase mais efetivos no Brasil. Cad Saúde Coletiva. 2008; 16(2): 147–68.

54. Champagne F, Brousselle A, Hartz Z, Contandriopoulos A, Denis JL. Análise da implantação. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos A, Hartz Z. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p. 217-38.

55. Yin RK. Case study research: design and methods. 4a ed. Thousand Oaks: Sage Publications, 2009.

56. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativa populacional para 2012. Brasília, 2012. Disponível em: http://www.ibge.gov.br.

57. Camaragibe. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de Gestão 2011. Recife, 2012.

58. Brasil. Ministério da Saúde. Guia para o controle da hanseníase. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2002.

59. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de atenção básica, vigilância em saúde: Hanseníase. 2.ed. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 2008.

60. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n° 594/SAS, de 29 de outubro de 2010. Brasília: 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2010/prt0594_29_10_2010.html. Acesso em: 20 jan.2013.

61. Donabedian A. Formulating criteria and standards. In: An introduction to quality assurance in health care. Oxford: Oxford University Press; 2003.

62. Brasil. Ministério da Saúde. Roteiro para uso do Sistema de Informação de Agravos de Notificação- Sinan net hanseníase. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2010.

63. Pereira AJ, Helene LMF, Pedrazini ES, Martins CL, Vieira CSCA. Atenção básica de saúde e a assistência em hanseníase em serviços de saúde de um município do Estado de São Paulo. Rev Bras Enferm. 2008; 61: 718-26.

64. Weirich CF, Munari DB, Mishima SM, Bezerra ALQ. O trabalho gerencial do enfermeiro na rede básica de saúde. Texto Contexto Enferm. 2009; 18(2): 249-57.

65. Felisberto E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. Ciênc Saúde Coletiva, 2006; 11(3): 553-63.

66. Spinelli MA, Ignotti E. Avaliação do programa de eliminação da hanseníase em Mato Grosso (2001 – 2003). Rev Espaço Saúde. 2007; 9(1): 25-35.

67. Penna MLF, Oliveira MLW, Carmo EH, Penna GO Temporão JG. Influência do aumento do acesso à atenção básica no comportamento da taxa de detecção de hanseníase de 1980 a 2006. Rev Soc Bras Med Trop. 2008; 41(Supl 2): 6-10. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003786822008000700003&lng=en. Acesso em: 25 nov. 2013.

68. Penna ML, Oliveira ML, Penna GO. The epidemiological behaviour of leprosy in Brazil. Lepr Rev. 2009; 80: 332-44. Disponível em: http://www.lepra.org.uk/platforms/lepra/files/lr/Sept09/1473.pdf. Acesso em: 27 set. 2013.

69. Ferreira IN, Alvarez RRA. Hanseníase em menores de quinze anos no município de Paracatu, MG (1994 a 2001). Rev Bras Epidemiol. 2005; 8(1): 41 - 9.

70. Cunha MD, Cavaliere FAM, Hercules FM, Duraes SMB, Oliveira MLWDR, Matos HJ. Os indicadores da hanseníase e as estratégias de eliminação da doença, em município endêmico do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. Cad Saúde Pública. 2007; 23 (5): 1187 - 97.

71. Vanderlei LCM, Vázquez-Navarrete MV. Mortalidade infantil evitável e barreiras de acesso à atenção básica no Recife, Brasil. Rev Saúde Pública. 2013; 47(2):379-89. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102013000200379&lng=en. Acesso em: 10 jan. 2014.

72. Silva Sobrinho RA, Mathias TAF, Gomes EA, Lincoln PB. Avaliação do grau de incapacidade em hanseníase: uma estratégia para sensibilização e capacitação da equipe de enfermagem. Rev Latino-Am Enferm. 2007; 15(6): 1125-30. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692007000600011&lng=en. Acesso em: 10 ago. 2013.

73. Santos AS, Castro DS, Falqueto A. Fatores de riscos para transmissão de Hanseníase. Rev Bras Enferm. 2008; 61: 738-43.

74. Arantes CK, Garcia MLR, Filipe MS, Nardi SMT, Paschoal VD. Avaliação dos serviços de saúde em relação ao diagnóstico precoce da hanseníase. Epidemiol Serv Saúde. 2010; 19: 155-64.

75. Galvao PR, Ferreira AT, Maciel MD, De Almeida RP, Hinders D, Schreuder PA, Kerr-Pontes LR. An evaluation of the SINAN health information system as used by the Hansen's disease control programme, Pernambuco State, Brazil. Lepr Rev. 2008; 79(2):171-82.

76. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Relatório de Análise Técnica dos Programas de Tuberculose e Hanseníase do município de Camaragibe. Recife: Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. Coordenação do Programa de Controle da Hanseníase/Tuberculose, 2012.

77. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Silveira DS, Siqueira VF, Rodrigues MA. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2006; 11(3): 669-81.

78. Almeida PF, Fausto MCR, Giovanella L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. Rev Panam Salud Publica. 2011; 29(2):84–95.

79. Ferreira AS. Competências gerenciais para unidades básicas do Sistema Único de Saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2004; 9(1): 69 – 76.

80. Campos GWS, Domotti AC. Apoio matricial e equipes de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad Saúde Pública. 2007; 23(2): 399-407.

81. Lanza FM, Lana FCF. Decentralization of leprosy control actions in the micro-region of Almenara, State of Minas Gerais. Rev Latino-Am Enferm. 2011; 19: 187 – 94. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692011000100025&lng=en. Acesso em: 20 dez. 2012.

82. Lima MSM, Pomini ACM, Hinders D, Soares MPB, Mello MGS. Capacitação técnica versus comprometimento profissional: o real impacto no controle da hanseníase. Cad Saúde Colet. 2008; 16(2): 293-308.

83. Neto ZA, Soares CB. A qualificação dos atendentes de enfermagem: Transformações no trabalho e na vida. Rev Latino-Am Enferm. 2004; 12(4): 614 - 22. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692004000400006&lng=en. Acesso em: 25 nov. 2013.

84. Evangelista CMN, Tavares CM, Coriolano LS, Borges SMS, Hinders D, Gomide M. Concentração do atendimento a pacientes com hanseníase em municípios do estado do Ceará. Cad Saúde Coletiva. 2008; 16 (2): 231 – 42.

85. Kelly-Santos A, Rosemberg B, Monteiro, S. Significados e usos de materiais educativos sobre hanseníase: a concepção dos profissionais de saúde pública do município do Rio de Janeiro. Cad Saúde Pública. 2009; 25(4): 857-67.

86. Gazzinelli MF, Gazzinelli A, Reis DC, Penna CMM. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. Cad Saúde Pública. 2005; 21(1): 200-6.

87. Souza AC, Colomé ICS, Costa LED, Oliveira DLLC. A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. Rev Gaúcha Enferm. 2005; 26(2):147-53.

88. Souza LB, Aquino PS, Fernandes JFP, Vieira NFC, Barroso MGT. Educação, cultura e participação popular: abordagem no contexto da educação em saúde. Rev Enferm UERJ. 2008; 16(1):107-12.

89. Pinho LB, Kantorski LP, Saeki T, Duarte MLC, Sousa J. A integralidade no cuidado em saúde: um resgate de parte da produção científica da área. Rev Eletrônica Enferm. 2007; 9(3):835-846. Disponível em:http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a22.htm. Acesso em: 20 fev. 2014.

# APÊNDICES

## Apêndice A- INSTRUMENTO DE COLETA DOS DADOS

### Avaliação da implantação do Programa de Controle da Hanseníase em nível municipal

**Instrumento 1- Profissional Responsável pela Coordenação do Programa Municipal de Controle da Hanseníase/Vigilância Epidemiológica**

### IDENTIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO E DO ENTREVISTADO

| | | | |
|---|---|---|---|
| Data da entrevista \|___\|___\|/\|___\|___\|/\|___\|___\| | | Entrevistador \|___\| \|___\| | |
| Nome do Respondente: _____ | | | |
| Sexo \|___\| | Idade \|___\| | Telefone para contato \|___\|___\| \|___\|___\|___\|___\|___\|___\|___\|___\| | |
| | | | |
| Cargo do Respondente: _____ | | | |
| 8. Setor em que trabalha: _____ | | | |
| 9. Tempo de atuação no setor: _____ | | | |
| 8. Qual a sua formação? **(Considerar a principal formação)**<br>**1.** Médico **2.** Enfermeiro **3.** Outro: _____ | | | \|___\| |
| 9. Tempo de Formação | | | \|___\| |
| 10. Pós-graduação? **0.** Não (**vá para 12**) **1**. Sim | | | \|___\| |
| 11. Tipo de Pós-graduação: **(Considerar a principal Pós-graduação)**<br>**1**.Especialização **2.** Residência **3**. Mestrado **4.** Doutorado. | | | \|___\| |
| 12. Área da Pós-graduação: _____ | | | |
| 13. Este setor possui coordenador técnico exclusivo para as ações de controle da hanseníase (ACH)? | | | \|___\| |
| 14. Qual a carga horária deste profissional? **1.** 20 horas **2.** 30 horas **3.** 40 horas | | | \|___\| |
| 15. Qual a composição dos profissionais deste setor? | | | |
| **Profissionais** | **Quantitativo** | **Carga horária** | |
| **1.** Técnicos de nível superior | \|___\|___\| | \|___\|___\| | |
| **2.** Técnicos de nível médio | \|___\|___\| | \|___\|___\| | |
| 16. Este setor dispõe de veículo para o desenvolvimento das ACH?<br>**0.** Não disponível(**vá para 18**) **1.** Disponível **8**. Não sabe | | | \|___\| |
| 17. Qual modalidade?<br>**1.** Exclusivo **2.** Compartilhado com outros setores **8**. Não sabe | | | \|___\| |
| 18. Este setor possui espaço físico próprio e adequado para desenvolver as atividades?<br>1. Sim, espaço próprio e adequado 2. Sim, espaço próprio, mas não adequado<br>3. Não tem espaço próprio, mas adequado 4. Não tem espaço próprio, nem adequado | | | \|___\| |
| 19. O serviço dispõe dos seguintes recursos materiais funcionando de modo adequado para desenvolver as ações de rotina do serviço?<br>**Para cada item, marcar: 0.** Não **1.** Sim **8.** Não Sabe | | | |
| a. Computadores | | | \|___\| |

| | |
|---|---|
| b. Impressoras | \|___\| |
| c. Aparelho de Fax | \|___\| |
| d. Telefone | \|___\| |
| e. Rede de internet funcionando de forma adequada | \|___\| |
| f. Software do SINAN | \|___\| |
| 20. O município dispõe dos seguintes serviços com estrutura adequada?<br>**Para cada item, marcar: 0.** Não **1.** Sim, adequado **2.** Sim, inadequado **8.** Não Sabe | |
| a. Laboratório municipal ou conveniado p/ realização de BAAR em hanseníase | \|___\| |
| b. Unidade de Referência (UR), **em caso de negativa, não responder item 21** | \|___\| |
| c. Centro de Reabilitação, **em caso de negativa, não responder item 24** | \|___\| |
| d. Estratégia de Saúde da Família (ESF) | \|___\| |
| e. PACS | \|___\| |
| 21. A UR possui equipe multiprofissional completa? **0.** Não **1.** Sim (**vá para 23**) | \|___\| |
| 22. Qual(is) profissional(is) falta(m) para compor a equipe completa?<br>**1.** Médico **2.** Enfermeiro **3.** Assistente social **4.** Profissional de nível médio | \|___\| |
| 23. As ESF dispõe de equipe completa? **0.** Não **1.** Sim 2. Não sabe | \|___\| |
| 24. O Centro de Reabilitação possui a equipe completa?<br>**0.** Não **1.** Sim 2. Não sabe | \|___\| |
| 25. O município disponibiliza número suficiente de complementares p/ investigação diagnóstica, de acordo com a necessidade do paciente?<br>**0.** Não **1.** Sim 2. Não sabe | \|___\| |
| 26. Os referidos impressos estão disponíveis em quantidade suficiente para distribuição na rede de pública de saúde do município?<br>**Para cada item, marcar: 0.** Não **1.** Sim **8.** Não Sabe | |
| a. Livro de Registro e Acompanhamento dos Casos | \|___\| |
| b. Ficha de Notificação/Investigação de hanseníase (SINAN) | \|___\| |
| c. Protocolo complementar de investigação diagnóstica em < de 15 anos -PCID<15 | \|___\| |
| d. Formulário de Vigilância de Contatos Intradomiciliares de Hanseníase | \|___\| |
| e. Formulário para avaliação do grau de incapacidade | \|___\| |
| f. Formulário para avaliação neurológica simplificada | \|___\| |
| g. Boletim de acompanhamento mensal dos casos de hanseníase | \|___\| |
| h. Ficha de investigação de suspeita de recidiva de hanseníase | \|___\| |
| i. Ficha B de acompanhamento de hanseníase (ACS) | \|___\| |
| j. Cartão de cartão de aprazamento do paciente com hanseníase | \|___\| |
| k. Formulário de referência e contrarreferência | \|___\| |
| 27. Os materiais educativos sobre hanseníase (folders, cartazes, panfletos, cartilhas, CD-ROM, vídeos, álbum seriado) são suficientes para distribuição na rede municipal de saúde?<br>**0.** Não **1.** Sim **8.** Não Sabe | \|___\| |

| | |
|---|---|
| 28. Existem recursos Áudio Visuais adequados e em quantidade suficiente que possam ser direcionados para as atividades do PCH?<br>**0.** Não **1.** Sim **8.** Não Sabe | \|___\| |
| 29. Os referidos medicamentos e insumos estão disponíveis em quantidade suficiente para distribuição na rede de saúde municipal?<br>**Para cada item, marcar: 0.** Não **1.** Sim **8.** Não Sabe | |
| a. Poliquimioterapia (PQT), esquema Paucibacilar (PB) combinação da rifampicina e dapsona | \|___\| |
| b. Poliquimioterapia (PQT), esquema Multibacilar (MB) | \|___\| |
| c. Esquema alternativo - (Rifampicina, Ofloxacina e Minociclina) | \|___\| |
| d. Corticosteróides (Prednisona) | \|___\| |
| e. Vacina BCG | \|___\| |
| f. Kit para exame dermatoneurológico (lupa, estesiômetro, 2 tubos de ensaio, régua, pá oclusiva, lanterna, lápis hidrocor, fio dental sem sabor) | \|___\| |
| g. Insumos para prevenção de incapacidade (colírio, pedra pome, óleo mineral, etc.) para subsidiar o autocuidado. | \|___\| |
| 30. No município, o diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos casos de hanseníase se encontram descentralizados para as ESF?<br>**0.** Não **1**.Sim, totalmente **2**.Sim, parcialmente **3.**Sim, em poucas unidades **8.**Não sabe | \|___\| |
| 31. No município o fluxo de referência e contrarreferência se encontra estabelecido?<br>**0.** Não **1.** Sim **8.** Não Sabe | \|___\| |
| 32. Existe algum regimento interno, portaria ou documento similar que defina as atribuições do deste setor? **0.** Não **1.** Sim **8.** Não Sabe | \|___\| |
| 33. Este setor possui normatização técnica assistencial (manual, protocolo, rotina de procedimentos) que possa nortear os profissionais da rede na condução dos casos de hanseníase?<br>**0.** Não **1.** Sim **8.** Não Sabe | \|___\| |
| 34. Este setor possui guia de vigilância epidemiológica ou outro guia específico para vigilância de casos de hanseníase? **0.** Não **1.** Sim **8.** Não Sabe | \|___\| |
| 35. Os profissionais deste setor participaram de algum curso sobre controle da hanseníase/Vigilância em Saúde, nos últimos 2 anos?<br>**0.** Não **1.** Sim, todos **2.** Sim, poucos **8.** Não Sabe | \|___\| |
| 36. Você considera necessário que os profissionais deste setor realizem curso sobre controle da hanseníase/Vigilância em saúde<br>**0.** Não **1.** Sim **8.** Não Sabe | \|___\| |
| 37. Os profissionais deste setor participaram de alguma capacitação do SINAN em Hanseníase?<br>**0.** Não **1.** Sim, todos **2.** Sim, poucos **8.** Não Sabe | \|___\| |
| 38. O PCH viabiliza capacitações para os profissionais da rede? **0.** Não **1.** Sim | \|___\| |
| 39. O PCH viabiliza atualização dos profissionais que já foram capacitados, através de discussão periódica de casos clínicos? **0.** Não **1.** Sim | \|___\| |
| 40. Este setor promove ações educativas (palestras, campanhas, atividades de grupo), em conjunto com as Unidades de Saúde e/ou diversos atores sociais e instituições envolvendo ACH?<br>**0.** Não **1.** Sim | \|___\| |
| 41. Este setor realiza campanha no município para intensificação do diagnóstico?<br>**0.** Não **(vá para o 43)** **1.** Sim **8.** Não Sabe | \|___\| |
| 42. Qual a periodicidade? **1.** Anual **2.**Semestral **3.**Outro **8.** Não Sabe | \|___\| |

| | |
|---|---|
| 43. No último ano realizou oficina de mobilização com a sociedade?<br>**0.** Não **1.** Sim **8.** Não Sabe **9.** Não se aplica | \|___\| |
| 44. Realiza parcerias com vários atores da rede para divulgação dos sinais e sintomas além das ações de controle da hanseníase? **0.** Não **1.** Sim **8.** Não Sabe | \|___\| |
| 45.Este setor recebe notificações de hanseníase provenientes da rede de saúde do município? (PACS/ESF/UR)?<br>**0.** Não (**vá para 47**) **1.** Sim, todos **2.** Sim, poucos **8.** Não Sabe | \|___\| |
| 46. Qual a periodicidade desse recebimento?<br>**1.** Semanal **2.**Mensal **3.**Outro **8.** Não Sabe | \|___\| |
| 47. Este setor monitora a notificação dos casos de recidiva e menores de quinze anos?<br>**0.** Não **1.** Sim **8.** Não Sabe | \|___\| |
| 48. Realiza crítica das fichas de notificação/investigação, enviadas pelas US, quanto à consistência e completitude das informações antes da digitação no SINAN?<br>**0.** Não **1.** Sim, sempre **2.**Sim, algumas vezes **8.** Não Sabe | \|___\| |
| 49. Existe rotina de investigação de casos suspeitos de hanseníase?<br>**0.** Não **1.** Sim **8.** Não Sabe | \|___\| |
| 50. Realiza busca ativa dos casos em situação de abandono do tratamento da hanseníase junto com as EqSF?<br>**0.** Não **1.** Sim, sempre **2.**Sim, algumas vezes **8.** Não Sabe | \|___\| |
| 51. Este setor acompanha o encerramento dos casos de hanseníase utilizando o SINAN?<br>**0.** Não **1.** Sim, sempre **2.**Sim, algumas vezes **8.** Não Sabe | \|___\| |
| 52. Este setor emite mensalmente para a rede de saúde municipal o BA do SINAN?<br>**1.** Sim, emite BA do SINAN mensalmente<br>**2.** Sim, emite BA do SINAN, mas não mensalmente<br>**3.** Não emite BA do SINAN, mas emite outro boletim mensalmente<br>**4.** Não emite BA do SINAN, e nem emite outro boletim mensalmente | \|___\| |
| 53. Este setor recebe da rede de saúde municipal (PACS/ESF/ Unidades de Referência) os boletins de acompanhamento dos casos, mensalmente?<br>**0.** Não **1.** Sim, sempre **2.**Sim, algumas vezes **8.** Não Sabe | \|___\| |
| 54. Utiliza o BA para atualizar as informações do SINAN? **0.** Não **1.** Sim **8.** Não Sabe | \|___\| |
| 55. Este setor consolida os dados de hanseníase produzidos?<br>**0.** Não **(Vá para 57)** **1.** Sim **8.** Não Sabe | \|___\| |
| 56. Qual a periodicidade?<br>**1.** Semanalmente **2.**Mensalmente **3.**Bimensalmente **3.**Outro **8.** Não Sabe | \|___\| |
| 57. Este setor realiza análise de duplicidade, completitude e inconsistências de notificação dos casos de hanseníase, no SINAN?<br>**0.** Não **(Vá para 59)** **1.** Sim, sempre **2.**Sim, algumas vezes **8.** Não Sabe | \|___\| |
| 58. Qual a periodicidade?<br>**1.**Mensalmente **2.**Bimensalmente 3. Trimestralmente **4.**Outro **8.** Não Sabe | \|___\| |
| 59. Este setor divulga rotineiramente as informações consolidadas de hanseníase através de boletim epidemiológico?<br>**0.** Não **(Vá para 61)** **1.** Sim, sempre **2.**Sim, algumas vezes **8.** Não Sabe | \|___\| |
| 60. Caso afirmativo, qual tem sido a periodicidade de divulgação dessas informações?<br>**1.**Mensal **2**. Trimestral **3.**Semestral **4.**Outro **8.** Não Sabe | \|___\| |
| 61. Este setor analisa os dados de hanseníase produzidos?<br>**0.** Não **(Vá para o 63)** **1.** Sim **8.** Não Sabe | \|___\| |
| 62.Qual a periodicidade?<br>**1.**Mensal **2**. Trimestral **3.**Semestral **4.**Anual **5.**Outro **8.** Não Sabe | \|___\| |

| | |
|---|---|
| 63. Utiliza os dados do SINAN em hanseníase para programar as ações?<br>**0.** Não **1.** Sim, sempre **2.**Sim, algumas vezes **8.** Não Sabe | \|___\| |
| 64. Dispõe de plano de ações escrito?<br>**0.** Não **1.** Sim **8.** Não Sabe | \|___\| |
| 65. Este setor realiza planejamento das ações anualmente?<br>**0.** Não **(Vá para 68)** **1.** Sim **8.** Não Sabe | \|___\| |
| 66. É realizado o monitoramento e acompanhamento deste planejamento?<br>**0.** Não **(Vá para 68)** **1.** Sim **8.** Não Sabe | \|___\| |
| 67. Qual a periodicidade?<br>**1.**Mensal **2**. Trimestral **3.**Semestral **4.**Anual **5.**Outro **8.** Não Sabe | \|___\| |
| 68. Realização de supervisões às ESF, visando identificar necessidades, entraves na estrutura, processo de trabalho e condução dos casos, e viabilizar resolução junto com a equipe?<br>**0.** Não **(Vá para 70)** **1.** Sim **8.** Não Sabe | \|___\| |
| 69. Se sim, qual a periodicidade?<br>**1.**Mensal **2**. Trimestral **3.**Semestral **4.**Anual **5.**Outro **8.** Não Sabe | \|___\| |
| 70. A discussão dos resultados dos indicadores do PMCH é realizada em conjunto com as unidades de saúde distritais (PACS/ESF/Unidade de Referência /NASF)?<br>**0.** Não **1.** Sim, sempre **2.**Sim, frequentemente **3.** Sim, algumas vezes **8.** Não Sabe | \|___\| |
| 71. Este setor desenvolve ações integradas com outras áreas técnicas?<br>**0.** Não **1.** Sim, sempre **2.**Sim, frequentemente **3.** Sim, algumas vezes **8.** Não Sabe | \|___\| |
| 72. No último ano apresentou e discutiu o plano de ações da hanseníase no Conselho Municipal de Saúde?<br>**0.** Não **1.** Sim **8.** Não Sabe **9.** Não se aplica | \|___\| |
| 73. Este setor realiza apresentações e discute os resultados dos indicadores com as instâncias de participação social (conselho municipal, de unidades, reuniões de regionais)?<br>**0.** Não **1.** Sim, sempre **2.**Sim, frequentemente **3.** Sim, algumas vezes **8.** Não Sabe | \|___\| |

## Apêndice B- INSTRUMENTOS DE COLETA DOS DADOS

### Avaliação da implantação do Programa de Controle da Hanseníase em nível municipal

**Instrumento 2 – Profissional Responsável por desenvolver AS Ações de Controle da Hanseníase nos Serviços de saúde**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **1.** Data da entrevista \|___\|___\|/\|___\|___\|/\|___\|___\| | | **2.** Entrevistador | \|___\| \|___\| |
| **3.** Nome do Respondente: _____ | | | |
| **4.** Sexo \|___\| | 5. Idade \|___\| | 6. Telefone para contato \|___\|___\| \|___\|___\|___\|___\|___\|___\|___\|___\|___\| | |
| 7. Cargo do Respondente: _____ | | | |
| 8. Setor em que trabalha: _____ | | | |
| 9. Tempo de atuação no setor: _____ | | | |
| 8. Qual a sua formação? **(Considerar a principal formação)**<br>**1.** Médico **2.** Enfermeiro **3.** Outro: _____ | | | \|___\| |
| 9. Tempo de Formação | | | \|___\| |
| 10. Pós-graduação? | | **0.** Não (**vá para 13**) **1**. Sim | \|___\| |
| 11. Tipo de Pós-graduação: **(Considerar a principal Pós-graduação)**<br>**1**.Especialização **2.** Residência **3**. Mestrado **4.** Doutorado. | | | \|___\| |
| 12. Área da Pós-graduação: _____ | | | |
| 13. Carga Horária: | | **1.** 20h **2.** 30h **3.** 40h | \|___\| |

| 14. Este setor é composto por quais destes profissionais: | | |
|---|---|---|
| **Profissionais** | **0. Não 1. Sim** | **Quantitativo** |
| a. Médico | \|___\| | \|___\| |
| b. Enfermeiro | \|___\| | \|___\| |
| c. Técnico de Enfermagem | \|___\| | \|___\| |
| d. Psicólogo, **pular este item, se for ESF** | \|___\| | \|___\| |
| e. Assistente Social, **pular este item, se for ESF** | \|___\| | \|___\| |
| f. ACS, **pular este item se for UR** | \|___\| | \|___\| |
| g. Auxiliar de Serviços Gerais | \|___\| | \|___\| |
| h. Recepcionista | \|___\| | \|___\| |

| 15. Considerando os referidos aspectos, as condições do local de trabalho são adequadas para atendimento aos pacientes?<br>**Para cada item, marcar: 0.** Não **1.** Sim **8.** Não Sabe | |
|---|---|
| a. Número de consultórios | \|___\| |
| b. Tamanho de consultórios | \|___\| |
| c. Iluminação | \|___\| |
| d. Ventilação | \|___\| |
| e. Sala de espera | \|___\| |
| f. Espaço para reunião da equipe | \|___\| |
| g. Espaços para atividades educativas | \|___\| |
| h. Privacidade | \|___\| |

16. Os referidos impressos estão disponíveis em quantidade suficiente para distribuição na rede de pública de saúde do município?

**Para cada item, marcar: 0.** Não **1.** Sim **8.** Não Sabe **9.** Não se aplica

| | |
|---|---|
| a. Livro de Registro e Acompanhamento dos Casos | \|___\| |
| b. Ficha de Notificação/Investigação de hanseníase (SINAN) | \|___\| |
| c. Protocolo complementar de investigação diagnóstica em < de 15 anos -PCID<15 | \|___\| |
| d. Formulário de Vigilância de Contatos Intradomiciliares de Hanseníase | \|___\| |
| e. Formulário para avaliação do grau de incapacidade | \|___\| |
| f. Formulário para avaliação neurológica simplificada | \|___\| |
| g. Boletim de acompanhamento mensal dos casos de hanseníase (BA) | \|___\| |
| h. Ficha de investigação de suspeita de recidiva de hanseníase | \|___\| |
| i. Ficha B de acompanhamento de hanseníase (ACS) | \|___\| |
| j. Cartão de cartão de aprazamento do paciente com hanseníase | \|___\| |
| k. Formulário de referência e contrarreferência | \|___\| |
| 17. Os referidos medicamentos e insumos estão disponíveis em quantidade suficiente para distribuição na rede de saúde municipal?<br>**Para cada item, marcar: 0.** Não **1.** Sim **8.** Não Sabe **9.** Não se aplica | |
| a. Poliquimioterapia (PQT), esquema Paucibacilar (PB) combinação da rifampicina e dapsona | \|___\| |
| b. PQT, esquema Multibacilar (MB) | \|___\| |
| c. Esquema alternativo - (Rifampicina, Ofloxacina e Minociclina) | \|___\| |
| d. Corticosteróides (Prednisona) | \|___\| |
| e. Vacina BCG | \|___\| |
| f. Kit para exame dermatoneurológico | \|___\| |
| g. Insumos para prevenção de incapacidade | \|___\| |
| 18. Existe normatização técnica (manual, Portaria 3.125, protocolo assistencial, rotina de procedimentos, guia de vigilância epidemiológica) quanto ao diagnóstico, tratamento, acompanhamento e vigilância dos casos de hanseníase presente no consultório para consulta?<br>**0.** Não **1.** Sim, assistência e VE **2.** Sim, só assistência **3.** Sim, só VE **8.** Não sabe | \|___\| |
| 19. Em suas práticas assistenciais você consegue seguir os protocolos preconizados?<br>**0.** Não **(Vá para 21)** **1.** Sim, sempre **2.**Sim, frequentemente **3.** Sim, algumas vezes **8.** Não Sabe | \|___\| |
| 20. Qual utiliza? **(Pode marcar mais de uma opção)**<br>**1.**MS, portaria 3125 **2**.SMS **3.**SES **4.**Cadernos de AB **5.**Guia de controle **6.** Outro_____ | \|___\|<br>\|___\| |
| 21. Este serviço recebe materiais educativos sobre hanseníase (folders, cartazes, panfletos, cartilhas, álbum seriado) em quantidade suficiente para distribuir durante as atividades educativas?<br>**0.** Não **1.** Sim, sempre **2.**Sim, frequentemente **3.** Sim, algumas vezes **8.** Não Sabe | \|___\| |
| 22. Existem recursos áudio visuais funcionando adequadamente (TV, aparelho de DVD, datashow, retroprojetor, CD-ROM, vídeos), neste setor que possam ser direcionados para as atividades educativas?<br>**0.** Não **1.** Sim **(Vá para 24)** **8.** Não Sabe | \|___\| |
| 23. **Se resposta anterior for negativa**, se houver necessidade, o PCH disponibiliza estes recursos?<br>**0.** Não **1.** Sim, sempre **2.**Sim, frequentemente<br>**3.** Sim, algumas vezes **8.** Não Sabe **9.** Não se aplica | \|___\| |

| | |
|---|---|
| 24. Este serviço realiza diagnóstico de hanseníase (os casos são fechados na USF)?<br>**0.** Não **1.** Sim, sempre **2.**Sim, frequentemente **3.** Sim, algumas vezes **8.** Não Sabe **9.** Não se aplica | \|___\| |
| 25 **Se resposta anterior for negativa**, por qual motivo: **(Pode marcar mais de uma opção)**<br>1. Os casos suspeitos são encaminhados diretamente para referência municipal<br>2. Os casos suspeitos são encaminhados diretamente para referência estadual<br>3. Não fui capacitado para realizar diagnóstico<br>4. Outro_____ | <br><br>\|___\|<br><br>\|___\| |
| 26. Realiza exame dermatoneurológico?<br><br>**Para cada item, marcar: 0.** Não **1.** Sim, sempre **2.**Sim, frequentemente **3.** Sim, algumas vezes **8.** Não Sabe | <br><br>\|___\| |
| 27. **Se reposta anterior for positiva,** no exame dermatoneurológico, realiza todos os testes de sensibilidade na(s) lesão(ões) - (térmico, tátil e doloroso)?<br><br>0. Não 1. Sim, todos 2. Apenas dois 3.Apenas um 8. Não sabe **9.** Não se aplica | <br><br>\|___\| |
| 28. Realiza avaliação da incapacidade física, conforme preconização?<br><br>**Para cada item, marcar: 0.** Não **1.** Sim, sempre **2.**Sim, frequentemente **3.** Sim, algumas vezes **8.** Não Sabe | |
| a. No Diagnóstico | \|___\| |
| b. Na Cura | \|___\| |
| 29. **Se reposta anterior for negativa,** por qual motivo não realiza avaliação da incapacidade física? **(Pode marcar mais de uma opção)**<br><br>1.Falta de capacitação teórica 2. Falta de capacitação prática 3. Falta de kit dermatoneurológico<br>4. Outro profissional da ESF realiza o exame 5. Encaminha para outro serviço 6. Outro_____ | <br><br>\|___\|<br><br>\|___\| |
| 30. **Se for ESF não responder alternativa**, este serviço realiza o tratamento das incapacidades físicas?<br>**0.** Não **1.** Sim, sempre **2.**Sim, frequentemente **3.** Sim, algumas vezes **8.** Não Sabe | \|___\| |
| 31. Neste serviço, os pacientes são orientados em relação à prevenção das incapacidades físicas e ao autocuidado?<br>**0.** Não **1.** Sim, sempre **2.**Sim, frequentemente<br>**3.** Sim, algumas vezes **8.** Não Sabe **9.** Não se aplica | <br><br>\|___\| |
| 32. Este serviço realiza tratamento dos pacientes conforme preconização?<br>**0.** Não **1.** Sim **8.** Não Sabe | \|___\| |
| 33. Em todos os casos de hanseníase a dose supervisionada mensal é acompanhada?<br>**0.** Não **1.** Sim, em todos **2.** Sim, em alguns **8.** Não Sabe | \|___\| |
| 34. **Se resposta anterior for negativa**, quais as principais dificuldades para implementação da dose supervisionada mensal? **(Pode marcar mais de uma opção)**<br><br>1. Resistência do Paciente 2. Área de difícil acesso 3.Déficit de RH<br>4.Sobrecarga de atividades 5.Outros_____ | \|___\|<br><br>\|___\| |
| 35. Realiza exame dos contatos intradomiciliares?<br>**0.** Não **1.** Sim, em todos **2.** Sim, em alguns **8.** Não Sabe | \|___\| |
| 36. Neste serviço existe a rotina de discutir e avaliar a condução dos casos, através de reuniões periódicas entre a equipe?<br>**0.** Não **1.** Sim, sempre **2.**Sim, frequentemente **3.** Sim, algumas vezes **8.** Não Sabe | \|___\| |

| | |
|---|---|
| 37. Para confirmação diagnóstica de hanseníase, é solicitada BAAR e/ou outro exame complementar?<br><br>0.Não 1.Sim, BAAR 2.Sim, biópsia 3. Sim, BAAR e biópsia 4.Outros_____ 8. Não sabe | \|___\| |
| 38. **Se for ESF não responder alternativa**, este serviço realiza validação de recidiva?<br><br>**0.** Não **1.** Sim **8.** Não Sabe | \|___\| |
| 39. **Se for ESF não responder alternativa,** este serviço realiza o tratamento das reações hansênicas?<br><br>**0.** Não **1.** Sim **8.** Não Sabe | \|___\| |
| 40. No município há um serviço de referência para os casos de hanseníase?<br><br>**0.** Não **1.** Sim **(Vá para 41 )** **8.** Não Sabe | \|___\| |
| 41. **Se resposta anterior negativa,** qual (is) serviço (s) é(são) utilizado(s) como referência para o município?<br>0. Não tem referência 1.IMIP 2.Hospital Geral da Mirueira<br>3.Hospital Otávio de Freitas 4.Outro_____ 9. Não se aplica | \|___\| |
| 42. O número de consultas por especialidade é suficiente para o atendimento dos casos de hanseníase mais complexos, no(s) serviço(s) de referência?<br>**0.** Não **1.** Sim **8.** Não Sabe **9**. Não se aplica | \|___\| |
| 43. A contrarreferência para os casos de hanseníase está instituída no(s) serviço(s) de referência?<br><br>**0.** Não **(Vá para 44)** **1.** Sim **8.** Não Sabe **9**. Não se aplica | \|___\| |
| 44. (**Se resposta anterior for negativa, marcar não se aplica)**, Ocorre de forma satisfatória?<br><br>1. Muito satisfatória 2. Satisfatória 3.Insatisfatória 4.Não sabe **9**. Não se aplica | \|___\| |
| 45. Nos casos em que os pacientes estão sendo acompanhados pela UR, este serviço faz acompanhamento de forma conjunta com a UR?<br><br>**0.** Não **1.** Sim, sempre **2.**Sim, frequentemente<br>**3.** Sim, algumas vezes **8.** Não Sabe **9**. Não se aplica | \|___\| |
| 46. Participou de algum curso sobre diagnóstico, manejo clínico, prevenção de incapacidades físicas ou avaliação da incapacidade física nos últimos 5 anos?<br><br>**0.** Não **1.** Sim **3**.Não lembra **9**. Não se aplica | \|___\| |
| 47. Participou de algum curso sobre vigilância epidemiológica voltada para a hanseníase nos últimos 5 anos?<br>**0.** Não **1.** Sim **3**.Não lembra **9**. Não se aplica | \|___\| |
| 48. **Se resposta anterior for afirmativa**, a realização deste curso contribuiu para mudança na sua conduta com relação ao diagnóstico, manejo clínico, prevenção de incapacidades físicas, avaliação da incapacidade física ou vigilância epidemiológica dos casos de hanseníase.<br><br>**0.** Não **1.** Sim **3**.Não sabe | \|___\| |
| 49. Este serviço desenvolve atividades educativas voltadas para a prevenção e controle da hanseníase com usuários do serviço e/ou comunidade?<br><br>**0.** Não **(Vá para 52)** **1.** Sim **3**.Não sabe | \|___\| |
| 50. **Se a resposta anterior for afirmativa**, com que frequência às atividades educativas para prevenção e controle da hanseníase são realizadas?<br><br>1.Mensal 2.Bimensal 3.Trimestral 4. Semestral 5. Em campanha anual 6.Outros: _____ | \|___\| |
| 51**. Se resposta 48 for afirmativa**, na sua percepção, a realização destas atividades contribuiu para mudança no comportamento dos usuários em relação à hanseníase (aumento da procura na unidade, questionamentos, maior adesão ao tratamento, diminuição do estigma)? | |

| | |
|---|---|
| **0.** Não **1.** Sim **3**.Não sabe | \|___\| |
| 52.Quais as estratégias educativas utilizadas com mais frequência? **(Pode marcar mais de 1 opção)**<br><br>1.Orientação individual 2.Atividade em grupo 3.Campanhas<br>4. Atividades com outros setores sociais (escola, igreja, associações..) 5.Outros_____ | \|___\|<br><br>\|___\| |
| 53. Articula parcerias com os diversos atores sociais e instituições, visando disseminar informações e desenvolver atividades conjuntas voltadas para a temática da hanseníase?<br><br>**0.** Não **1.** Sim, sempre **2.**Sim, frequentemente **3.** Sim, algumas vezes **8.** Não Sabe | \|___\| |
| 54. Este serviço realiza a notificação dos casos de hanseníase atendidos?<br><br>**0.** Não **1.** Sim, sempre **2.**Sim, frequentemente **3.** Sim, algumas vezes **8.** Não Sabe **9**. Não se aplica | \|___\| |
| 55. Neste serviço, o livro de registro e acompanhamento dos casos de hanseníase é preenchido adequadamente?<br><br>**0.** Não **1.** Sim, preenche, e de forma adequada<br>**2.**Sim, preenche, mas, de forma inadequada **8.** Não Sabe | \|___\| |
| 56. Neste serviço, o Boletim de Acompanhamento é preenchido e devolvido mensalmente?<br><br>**0.** Não **1.** Sim **3**.Não sabe | \|___\| |
| 57. Este serviço realiza busca ativa?<br>**Para cada item, marcar:**<br>**0.** Não **1.** Sim, sempre **2.**Sim, frequentemente **3.** Sim, algumas vezes **8.** Não Sabe **9**. Não se aplica | |
| a. Casos de Hanseníase | \|___\| |
| b. Pacientes em situação de abandono do tratamento | \|___\| |
| c. Contatos intradomiciliares | \|___\| |
| 58. **Se uma das respostas anteriores for negativa**, qual órgão/unidade realiza esta atividade?<br><br>1.USF 2.UR 3.VE 4.PCH 5. Outro_____ | \|___\| |
| 59. **Se um dos itens da questão 53 tiver resposta negativa**, qual (is) é(são) a dificuldade(s) que você encontra para realizar a atividade de busca ativa? **(Pode marcar mais de uma opção)**<br><br>1.Dificuldade de deslocamento 2.Equipe Reduzida 3. Área de difícil acesso<br>4. Dificuldade de encontrar paciente em residência 5.Outros _____ | \|___\|<br><br>\|___\| |
| 60. Este serviço recebe supervisão da coordenação do PCH, visando identificação das necessidades, entraves na estrutura, processo de trabalho e condução dos casos, viabilizando a resolução junto com a equipe?<br>**0.** Não **1.** Sim, sempre **2.**Sim, frequentemente **3.** Sim, algumas vezes **8.** Não Sabe | \|___\| |
| 61. **Se resposta anterior for afirmativa**, houve Mudança na condução dos casos e na resolução dos entraves mediante essas atividades de suporte da gestão?<br>**0.** Não **1.** Sim **3**.Não sabe | \|___\| |
| 62. Os indicadores da hanseníase são discutidos de forma conjunta ER/**ESF/Gestão**?<br><br>**0.** Não **1.** Sim, sempre **2.**Sim, frequentemente **3.** Sim, algumas vezes **8.** Não Sabe | \|___\| |
| 63. Poderia apontar as dificuldades enfrentadas para a implementação das ACH a partir deste serviço? **(Pode marcar mais de uma opção)**<br><br>1.Falta de insumos/medicamento 2.Equipe Reduzida 3.Falta de infra-estrutura adequada<br>4.Resistência dos pacientes ao tratamento 5.Falta de capacitação 6.Outros _____ | \|___\|<br><br>\|___\| |

**Apêndice C- INSTRUMENTOS DE COLETA DOS DADOS**

**Avaliação da implantação do Programa de Controle da Hanseníase em nível municipal**

**Instrumento 3 – Agente Comunitário de Saúde**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **1.** Data da entrevista \|___\|\|___\|/\|___\|\|___\|/\|___\|\|___\| | | **2.** Entrevistador \|___\| \|___\| | |
| **3.** Nome do Respondente: _____ | | | |
| **4.** Sexo \|___\| | 5. Idade \|___\| | 6. Telefone para contato \|___\|___\| \|___\|___\|___\|___\|___\|___\|___\|___\|___\| | |
| | | | |
| 7. Cargo do Respondente: _____ | | | |
| 8. Setor em que trabalha: _____ | | | |
| 9. Tempo de atuação no setor: _____ | | | |
| 10. Qual a sua formação? **(Considerar a principal formação)**<br>**1.**Ensino Fund. II completo **2.**Nível Médio completo **3.**Nível Médio incompleto<br>**4.** Nível Superior comp. **5.**Nível Superior incompleto **6.** Outro_____ | | | \|___\| |
| 11. Tempo de Formação | | | \|___\| |
| 12. Carga Horária:<br>**1.** 20h **2.** 30h **3.** 40h | | | \|___\| |
| 13. Você já identificou casos suspeitos de hanseníase?<br>**0.** Não **(Vá para a 15)** **1.** Sim **3**.Não lembra **9**. Não se aplica | | | \|___\| |
| 14. **Se resposta anterior afirmativa,** qual a conduta adotada? **(Pode marcar mais de uma opção)**<br>1.Orientação 2.Encaminhamento à USF 3.Agendamento de consulta<br>4. Encaminhamento a outro serviço 5.Outro_____ | | | \|___\|<br>\|___\| |
| 15. Estes pacientes tem atendimento priorizado (preferencial)?<br>**0.** Não **1.** Sim **3**.Não sabe **9**. Não se aplica | | | \|___\| |
| 16. Realiza acompanhamento mensal ao paciente com hanseníase?<br>**0.** Não **1.** Sim **9**. Não se aplica | | | \|___\| |
| 17. Ocorre o acompanhamento também daqueles pacientes que foram referenciados para atenção especializada?<br>**0.** Não **1.** Sim **3**.Não sabe **9**. Não se aplica | | | \|___\| |
| 18. Em todos os casos de hanseníase a dose supervisionada mensal é acompanhada?<br>**0.** Não **1.** Sim, em todos 2. Sim, em alguns **3**.Não sabe | | | \|___\| |
| 19. **Em caso negativo**, quais as principais dificuldades para implementação da dose supervisionada mensal? **(Pode marcar mais de uma opção)**<br>1.Resistência do Paciente 2.Área de difícil acesso<br>3.Déficit de RH 4.Sobrecarga de atividades.<br>5. Dificuldade de encontrar paciente em residência 6.Outros_____ | | | \|___\|<br>\|___\| |
| 20. Neste serviço existe a rotina de discutir e avaliar a condução dos casos, através de reuniões periódicas entre a equipe?<br>**0.** Não **1.** Sim, sempre **2.**Sim, frequentemente **3.** Sim, algumas vezes **8.** Não Sabe | | | \|___\| |
| 21. A equipe da unidade articula parcerias com os diversos atores sociais e instituições, visando | | | |

| | |
|---|---|
| disseminar informações e desenvolver atividades conjuntas voltadas para a temática da hanseníase?<br><br>**0.** Não **1.** Sim, sempre **2.**Sim, frequentemente **3.** Sim, algumas vezes **8.** Não Sabe | \|___\| |
| 22. Participou de algum curso sobre diagnóstico, tratamento, acompanhamento ou prevenção de incapacidades físicas nos últimos 5 anos?<br>**0.** Não **1.** Sim **3**.Não lembra **9**. Não se aplica | \|___\| |
| 23. Participou de algum curso sobre vigilância epidemiológica voltada para a hanseníase nos últimos 5 anos?<br>**0.** Não **(vá para 26)** **1.** Sim **3**.Não lembra **9**. Não se aplica | \|___\| |
| 24. **Em caso afirmativo de uma das duas últimas questões,** a realização deste curso contribuiu para mudança na sua conduta com relação **a orientação** no diagnóstico, tratamento, acompanhamento, prevenção de incapacidades físicas ou vigilância epidemiológica dos casos de hanseníase?<br><br>**0.** Não **1.** Sim **3**.Não lembra **9**. Não se aplica | \|___\| |
| 25. Este serviço recebe materiais educativos sobre hanseníase (folders, cartazes, panfletos, cartilhas, álbum seriado) em quantidade suficiente para distribuir durante as atividades educativas?<br><br>**0.** Não **1.** Sim, sempre **2.**Sim, frequentemente **3.** Sim, algumas vezes **8.** Não Sabe | \|___\| |
| 26. Existem recursos áudio visuais funcionando adequadamente (TV, aparelho de DVD, datashow, retroprojetor, CD-ROM, vídeos), neste setor que possam ser direcionados para as atividades educativas?<br>**0.** Não **1.** Sim **3**.Não sabe | \|___\| |
| 27. Este serviço desenvolve atividades educativas voltadas para a prevenção e controle da hanseníase **com usuários do serviço e/ou comunidade**?<br><br>**0.** Não **1.** Sim, com ambos **2.** Sim, só com a comunidade **3**.Sim, só com os usuários **4.** Não sabe | \|___\| |
| 28.**Se resposta anterior for positiva,** com que frequência as atividades educativas para prevenção e controle da hanseníase são realizadas?<br><br>1.Mensal 2.Bimensal 3.Trimestral 4. Semestral 5. Em campanha anual 6.Outros: _____ | \|___\| |
| 29. Quais as estratégias educativas utilizadas com mais frequência? **(Pode marcar mais de 1 opção)**<br><br>1.Orientação individual 2.Atividade em grupo 3.Campanhas 4. Atividades com outros setores sociais (escola, igreja, associações..) 5.Outros _____ | \|___\|<br>\|___\| |
| 30. Este serviço realiza busca ativa?<br>**Para cada item, marcar:**<br>**0.** Não **1.** Sim, sempre **2.**Sim, frequentemente **3.** Sim, algumas vezes **8.** Não Sabe **9**. Não se aplica | |
| a. Casos de Hanseníase | \|___\| |
| b. Pacientes em situação de abandono do tratamento | \|___\| |
| c. Contatos intradomiciliares | \|___\| |
| 31. **Se a resposta anterior for negativa**, qual (is) é(são) a dificuldade(s) que você encontra para realizar a atividade de busca ativa? **(Pode marcar mais de 1 opção)**<br><br>1.Dificuldade de deslocamento 2.Equipe Reduzida<br>3. Áreas de difícil acesso 4.Outros _____ | \|___\|<br><br>\|___\| |
| 32. Poderia apontar as dificuldades enfrentadas para a implementação das ACH a partir deste serviço? **(Pode marcar mais de uma opção)**<br>1.Falta de insumos/medicamento 2.Equipe Reduzida 1.Falta de infra-estrutura adequada<br>4.Resistência dos pacientes ao tratamento 5.Falta de capacitação 6.Outros _____ | \|___\|<br><br>\|___\| |

**Apêndice D** - Modelo Lógico do Programa de Controle da Hanseníase em âmbito municipal

| COMPONETNTE | INSUMOS | ATIVIDADES | PRODUTOS | RESULTADOS | IMPACTO |
|---|---|---|---|---|---|
| GESTÃO | *Recursos áudio visuais<br>*Transporte<br>* Profissional capacitado p/ realizar o treinamento<br>*UR e USF bem estruturadas e com equipe mínima<br>* Rede de referência e contrarreferência instituída<br>*Apoio farmacêutico e laboratorial<br>*Protocolo<br>*Coordenação do PCH/VE<br>*Medicamentos disponíveis p/ o tratamento da doença e das reações hansênicas<br>* Exames clínicos e complementares disponíveis<br>* Kit para teste de sensibilidade e p/ avaliação de incapacidade física<br>* Insumos para subsidiar o autocuidado | Discussão do plano de ações da hanseníase no Conselho Municipal de Saúde | Plano de ações da hanseníase discutido no Conselho Municipal de Saúde | Formação de parcerias para o desenvolvimento das ações e maior controle social | REDUÇÃO DA INCIDÊNCIA E PREVALÊNCIA DA DOENÇA |
| | | Realização de supervisões trimestrais aos serviços de saúde | Nº de supervisões realizadas, trimestralmente, nos serviços de saúde | Melhoria na estrutura e no processo de trabalho;<br>Maior resolutividade na condução dos casos | |
| | | Elaboração do plano anual de atividades do PCH | Plano anual de atividades do PCH elaborado | Melhoria na qualidade das ações | |
| | | Desenvolvimento de ações integradas do PCH com outras áreas técnicas | Nº de ações integradas desenvolvidas | Maior integralidade das ações | |
| | | Monitoramento e acompanhamento das ações do PCH/VE | Ações do PCH monitoradas e acompanhadas | Melhoria na qualidade das ações;<br>Modificação oportuna no planejamento e nas estratégias | |
| | | Capacitação para os profissionais voltada para as ACH (manejo clínico e Avaliação de Incapacidade Física) e ou VE | Nº de profissionais capacitados p/ realizar diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos casos e/ou desenvolver ações da VE | Melhoria na qualidade da assistência aos pacientes de hanseníase e/ou na vigilância dos casos | |
| | | Garantia de equipe mínima para desenvolver as ACH nos serviços de saúde | Equipe mínima p/ desenvolvimento das ACH nos serviços de saúde garantida | | |
| | | Instituição de normas técnicas assistenciais | Normas técnicas assistenciais instituídas | | |
| | | Definição, divulgação e efetivação do fluxo de atendimento | Fluxo de atendimento definido, divulgado e efetivado | Uniformização do fluxo de atendimento aos pacientes | |
| | | Descentralização das ACH para as ESF | Nº de ESF realizando as ACH | Detecção precoce e tratamento oportuno | |
| | | Garantia de realização de exames clínicos e complementares, quando necessário | Exames clínicos e complementares garantidos, de acordo com a necessidade dos pacientes | Maior acesso dos pacientes aos exames clínicos e complementares | |
| | | Garantia da medicação necessária ao tratamento da doença e das reações hansênicas | Nº de pacientes com medicação necessária ao tratamento da doença e das reações hansênicas garantida | Garantia de acesso à medicação e tratamento oportuno | |
| | | Garantia, nos serviços de saúde, de Kit p/ realização de todos os testes de sensibilidade, avaliação da incapacidade física do paciente e insumos p/ o autocuidado | N º de serviços que dispõem de kit para realização de todos os testes de sensibilidade, avaliação da incapacidade física e insumos p/ o autocuidado | Melhoria na qualidade da assistência aos pacientes; aumento da proporção de pacientes avaliados quanto ao GIF, no diagnóstico e na cura | |
| ASSISTÊNCIA A SAUDE | * Rede de referência<br>* Profissional capacitado p/ desenvolver as ACH<br>* Kit para teste de sensibilidade e avaliação de incapacidade física<br>*Medicamentos disponíveis p/ o tratamento da doença e das reações hansênicas<br>*Vacina BCG<br>* Estrutura física adequada<br>* Apoio Laboratorial | Diagnóstico dos casos nos serviços de saúde | Nº de equipes realizando diagnóstico dos casos | Detecção precoce | |
| | | Tratamento realizado conforme preconizado | Pacientes tratados conforme preconizado | Garantia de acesso à medicação e tratamento oportuno | |
| | | Acompanhamento da dose supervisionada nos serviços de saúde | Nº de equipes realizando supervisão mensal da tomada da dose | Melhoria na qualidade da assistência aos pacientes;<br>Redução do abandono e aumento da proporção de cura | |
| | | Acompanhamento mensal dos pacientes pelos ACS | Pacientes acompanhados mensalmente | | |
| | | Acompanhamento dos casos de forma conjunta nos serviços de saúde, quando necessário | Casos acompanhados de forma conjunta nos serviços de saúde, de acordo com a necessidade | Melhoria na qualidade da assistência aos pacientes de hanseníase | |
| | | Avaliação do Grau de Incapacidade Física no diagnóstico e na cura | Nº de equipes realizando avaliação do GIF no diagnóstico e na cura | Aumento da proporção de pacientes avaliados quanto ao GIF no diagnóstico e na cura | |
| | | Realização de exames nos contatos intradomiciliares dos casos nos serviços de saúde e profilaxia com BCG, quando necessário. | Nº de equipes realizando exame nos contatos intradomiciliares de hanseníase e vacinação, quando necessário. | Aumento da proporção de contatos intradomiciliares examinados | |
| | | Encaminhamento para a realização de exames clínicos e complementares (baciloscopia, biopsia) p/ investigação diagnóstica quando necessário | Exames clínicos e complementares garantidos, de acordo com a necessidade de cada paciente. | Maior acesso dos pacientes aos exames clínicos e complementares | |
| | | Orientação para o autocuidado | Pacientes e familiares orientados em relação ao autocuidado | Prevenção de incapacidades físicas | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Realização de reuniões periódicas entre a equipe para discutir e avaliar a condução dos casos | Nº de reuniões realizadas, periodicamente. | Melhoria na condução dos casos | **REDUÇÃO DA INCIDÊNCIA E PREVALÊNCIA DA DOENÇA** |
| | | Validação do diagnóstico de recidiva, tratamento das reações hansênicas e reabilitação das incapacidades físicas pela UR | UR validando diagnóstico de recidiva, tratando as reações hansênicas e reabilitando pacientes com incapacidades físicas | Melhoria na qualidade da assistência aos pacientes e na condução dos casos. | |
| **VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA** | *Transporte<br>* RH capacitado p/ desenvolver as ACH voltadas p/ VE<br>*Livro de registro e acompanhamento dos casos<br>* Impressos<br>* Rede de internet<br>* Software Sinan<br>*Estrutura Física<br>*Recursos áudio Visuais<br>*Computadores<br>*Impressora<br>*Tonner<br>*Papel<br>* Digitador | Realização de crítica das fichas de notificação dos casos | Aumento da crítica às fichas de notificação dos casos | Melhoria na qualidade da informação | |
| | | Monitoramento mensal, do Sinan em hanseníase, corrigindo duplicidades, inconsistências e incompletude das informações | Sinan monitorado, mensalmente, corrigindo duplicidades, inconsistências e incompletude das informações | | |
| | | Análise e monitoramento, trimestral, dos indicadores da hanseníase, em conjunto com a equipe técnica do PCH | Indicadores da hanseníase analisados e monitorados trimestralmente | Modificação oportuna no planejamento e nas estratégias, p/ o alcance das metas pactuadas | |
| | | Consolidação dos dados | Dados consolidados | Melhoria na qualidade da Informação | |
| | | Emissão mensal do BA às Unidades de Saúde e monitoramento da devolutiva | BA emitidos, enviados e com devolutivas monitoradas, mensalmente. | | |
| | | Preenchimento do Boletim de Acompanhamento e devolutiva mensal | Preenchimento adequado do BA e devolutiva mensal | | |
| | | Preenchimento dos impressos e do livro de registro e acompanhamento dos casos | Impressos do PCH e livro de registro e acompanhamento preenchidos adequadamente | | |
| | | Discussão trimestral dos indicadores da hanseníase de forma integrada PCH/VE e serviços de saúde | Indicadores da hanseníase discutidos, trimestralmente, de forma integrada, pelo PCH/VE, junto com as equipes de saúde. | Maior compreensão da situação epidemiológica da doença;<br>Melhoria dos indicadores e alcance das metas pactuadas | |
| | | Transferência semanal de dados do Sinan ao nível regional | Dados do Sinan transferidos, semanalmente, ao nível regional | Disponibilização de dados atualizados no Sinan | |
| | | Elaboração e divulgação semestral do boletim epidemiológico | Boletim Epidemiológico elaborado e divulgado semestralmente | Maior divulgação da situação epidemiológica da doença | |
| | | Realização de busca ativa dos casos, contatos intradomiciliares e pacientes em situação de abandono | Nº de EqSF realizando busca ativa dos casos e dos pacientes em situação de abandono; Aumento do n° de contatos intradomiciliares examinados | Diagnóstico precoce e quebra (interrupção) da cadeia de transmissão da doença.<br>Redução do Abandono | |
| | | Notificação dos casos pelos serviços de saúde | Aumento da notificação dos casos | Aumento na notificação dos casos | |
| **ED. EM SAÚDE E COMUNICAÇÃO** | * Coordenador do PCH/VE<br>* EqSF<br>*Instituições<br>*Recursos Financeiros<br>*Mídias (rádio, televisão, redes sociais)<br>*Estrutura Física<br>*Material ilustrativo<br>*Recursos Áudio Visuais | Articulação de parcerias com os diversos atores sociais e instituições para o desenvolvimento de atividades conjuntas voltadas para a temática da hanseníase | Parcerias articuladas;<br>Desenvolvimento de atividades conjuntas voltadas para a temática da hanseníase | Maior acesso da população à informação sobre a doença;<br>Diminuição do estigma na população | |
| | | Campanhas para divulgar os sinais e sintomas da hanseníase para a população e intensificação do diagnóstico | Nº de campanhas realizadas para divulgar sinais e sintomas da hanseníase para a população e intensificação do diagnóstico | | |
| | | Realização de atividades educativas | Atividades educativas realizadas | Mudança nas práticas e abordagens profissionais | |
| | | Disponibilização, em quantidade suficiente, de material ilustrativo aos serviços de saúde | Nº de serviços dispondo de material ilustrativo, em quantidade suficiente, p/ atividades educativas | Abordagem da hanseníase de forma mais didática | |

*ESF – Estratégia de Saúde da Família; *ACS – Agente Comunitário de Saúde; *UR- Unidade de Referência; *ER – Equipe de Referência; *EqsF- Equipe de Saúde da Família; *US- Unidade de Saúde; *ACH – Ações de Controle da Hanseníase; *GIF- Grau de Incapacidade Física; *PCH- Programa de Controle da Hanseníase; *PACS-Programa de Agentes Comunitários de Saúde; *BCG- Bacilo de Calmette-Guérin; *Sinan – Sistema de Informação de Agravos de Notificação; *VE- Vigilância Epidemiológica; *BA- Boletim de Acompanhamento; *PQT- Poliquimioterapia; *MB- Multibacilar; *PB- Paucibacilar; *RH- Recursos Humanos.

## Apêndice E- INSTRUMENTOS DE COLETA DOS DADOS

### Avaliação da implantação do Programa de Controle da Hanseníase em nível municipal

### Instrumento 4- Roteiro de Observação dos serviços de saúde

| | |
|---|---|
| **1. Data da Observação** \|___\|___\|/\|___\|___\|/\|___\|___\| | 2.**US observada** _____ |
| 3.Observador \|___\| \|___\| | 4. Telefone para contato \|___\|___\| \|___\|___\|___\|___\|___\|___\|___\|___\| |
| 5. A estrutura física da USF/UR é adequada para desenvolvimento das ACH? **0.** Não **1.** Sim | \|___\| |
| 6. Há disponível na USF/UR e em quantidade suficiente os impressos necessários para registro das informações? **Para cada item marcar: 0.** Não **1.** Sim | \|___\| |
| a. Livro de Registro e Acompanhamento dos Casos | \|___\| |
| b. Ficha de Notificação/Investigação de hanseníase (SINAN) | \|___\| |
| c. Protocolo complementar de investigação diagnóstica em < de 15 anos -PCID<15 | \|___\| |
| d. Formulário de Vigilância de Contatos Intradomiciliares de Hanseníase | \|___\| |
| e. Formulário para avaliação do grau de incapacidade | \|___\| |
| f. Formulário para avaliação neurológica simplificada | \|___\| |
| g. Ficha de investigação de suspeita de recidiva de hanseníase | \|___\| |
| h. Ficha B de acompanhamento de hanseníase (ACS) | \|___\| |
| i. Cartão de cartão de aprazamento do paciente com hanseníase | \|___\| |
| j. Formulário de referência e contrarreferência | \|___\| |
| 7. **Caso haja disponível na US**, o livro de registro e acompanhamento dos casos de hanseníase se encontra preenchido adequadamente? **0.** Não **1.** Sim | \|___\| |
| 8. Há material educativo na unidade referente à hanseníase e recursos audiovisuais disponíveis para as atividades educativas? **0.** Não **1.** Sim | \|___\| |
| 9. Há vacina BCG disponível na USF/UR? **0.** Não **1.** Sim | \|___\| |
| 10. Existe Kit para exame dermatoneurológico **Para cada item marcar: 0.** Não **1.** Sim | |
| a. Lupa | \|___\| |
| b. Estesiômetro | \|___\| |
| c. Dois tubos de ensaio | \|___\| |
| d. Régua | \|___\| |
| e. Pá oclusiva | \|___\| |
| f. Lanterna | \|___\| |
| g. Lápis hidrocor | \|___\| |
| h. Fio dental sem sabor | \|___\| |
| 11. Existem de insumos disponíveis na USF/UR para subsidiar o autocuidado dos pacientes? **Para cada item marcar: 0.** Não **1.** Sim | |
| a. Colírio | \|___\| |
| b. Oléo mineral | \|___\| |
| 12. Na USF/UR existe algum manual ou protocolo que contenha as normas técnicas assistenciais? **0.** Não **1.** Sim | \|___\| |
| 13. Na USF/UR existe um protocolo do fluxo de atendimento? **0.** Não **1.** Sim | \|___\| |

## Apêndice F- INSTRUMENTOS DE COLETA DOS DADOS

## Avaliação da implantação do Programa de Controle da Hanseníase em nível municipal

### Instrumento 5- Roteiro de Observação do nível central

| | |
|---|---|
| **1. Data da Observação** \|___\|\|___\|/\|___\|\|___\|/\|___\|\|___\| | 2.**US observada** _____ |
| 3.Observador \|___\| \|___\| | 4. Telefone para contato \|___\|___\| \|___\|___\|___\|___\|___\|___\|___\|___\|___\| |
| 5. A estrutura física é adequada para desenvolvimento das ACH neste setor? **0.** Não **1.** Sim | \|___\| |
| 6. O setor possui os seguintes equipamentos adequados e em quantidade suficiente para o desenvolvimento das atividades? | |
| a. Computador | \|___\| |
| b. Impressora | \|___\| |
| c. Telefone | \|___\| |
| d. Aparelho de fax | \|___\| |
| e. Software do SINAN | \|___\| |
| 7. Há disponível, no setor, e em quantidade suficiente para a distribuição na rede pública de saúde, os impressos necessários para registro das informações **Para cada item marcar: 0.** Não **1.** Sim | \|___\| |
| a. Livro de Registro e Acompanhamento dos Casos | \|___\| |
| b. Ficha de Notificação/Investigação de hanseníase (SINAN) | \|___\| |
| c. Protocolo complementar de investigação diagnóstica em < de 15 anos -PCID<15 | \|___\| |
| d. Formulário de Vigilância de Contatos Intradomiciliares de Hanseníase | \|___\| |
| e. Formulário para avaliação do grau de incapacidade | \|___\| |
| f. Formulário para avaliação neurológica simplificada | \|___\| |
| g. Ficha de investigação de suspeita de recidiva de hanseníase | \|___\| |
| h. Ficha B de acompanhamento de hanseníase (ACS) | \|___\| |
| i. Cartão de cartão de aprazamento do paciente com hanseníase | \|___\| |
| j. Formulário de referência e contrarreferência | \|___\| |
| 8. Há material educativo na unidade referente à hanseníase disponível para as atividades educativas? **(Pular item se for VE)** **0.** Não **1.** Sim | \|___\| |
| 9. Há recursos audiovisuais disponíveis para as atividades educativas? **(Pular item se for VE)** **0.** Não **1.** Sim | \|___\| |
| 10. No setor existe protocolo que contém as normas técnicas assistenciais e de VE? **0.** Não **1.** Sim | |
| 11.O município possui protocolo de fluxo de referência e contrarreferência? **(Pular item se for VE)** **0.** Não **1.** Sim | \|___\| |
| 12. Existe Kit para exame dermatoneurológico disponível para a distribuição na rede pública de saúde? **(Pular item se for VE)** **Para cada item marcar: 0.** Não **1.** Sim | |
| i. Lupa | \|___\| |
| j. Estesiômetro | \|___\| |
| k. Dois tubos de ensaio | \|___\| |
| l. Régua | \|___\| |
| m. Pá oclusiva | \|___\| |
| n. Lanterna | \|___\| |
| o. Lápis hidrocor | \|___\| |
| p. Fio dental sem sabor | \|___\| |

| | |
|---|---|
| 13. Existem insumos para subsidiar o autocuidado dos pacientes disponíveis para distribuir na rede?<br>**Para cada item marcar: 0.** Não **1.** Sim | |
| k. Colírio | \|___\| |
| l. Oléo mineral | \|___\| |
| 14. A coordenação do Programa de Controle da Hanseníase dispõe de um plano de ações de PCH elaborado anualmente? **(Pular item se for VE)**<br>**0.** Não **1.** Sim | \|___\| |
| 15. A coordenação da Vigilância Epidemiológica dispõe de um plano de ações elaborado anualmente? **(Pular item se for PCH)**<br>**0.** Não **1.** Sim | \|___\| |

## Apêndice G

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

**Título da Pesquisa:** Análise da Implantação do Programa de Controle da Hanseníase (PCH) em um município de Pernambuco

**Instituição:** Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP

Prezado (a) Senhor (a)**,**

Estamos realizando uma pesquisa cujo objetivo é: Avaliar a implantação do PCH em um município de Pernambuco.

Para desenvolver essa pesquisa, serão realizadas análises de documentos, aplicação de questionário estruturado e observação sistemática sobre o Programa de Controle da Hanseníase, na perspectiva da estrutura, processo e resultados, no âmbito do município de Camaragibe.

**Procedimentos**: Após aceitar fazer parte desta pesquisa, sua participação consistirá apenas no preenchimento deste questionário, respondendo às perguntas formuladas.

**Benefícios**: Possibilitar o conhecimento e análise das características específicas que interferem na implantação do PCH em nível municipal, permitindo a reflexão sobre a integralidade do cuidado, descentralização e integração das ACH na rede SUS.

**Riscos**: O preenchimento deste questionário poderá representar risco de constrangimento, que será minimizado pelo esclarecimento das dúvidas sobre a participação do entrevistado na pesquisa, e que possam vir a surgir durante a aplicação do questionário, assim como durante todas as fases da pesquisa; o pesquisador aplicará o questionário em um ambiente que mantenha a privacidade do entrevistado, além de assegurar o anonimato e a utilização das informações exclusivamente para o estudo.

A sua contribuição será muito importante para o desenvolvimento da pesquisa e o senhor(a) tem garantido:

1. O direito de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento de qualquer dúvida acerca de todos os procedimentos e benefícios relacionados com a pesquisa.
2. A liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem que isto traga nenhum prejuízo à sua pessoa, nem custo algum ao participante.
3. A segurança de que não será identificado(a) em hipótese alguma e que será mantido o caráter confidencial da informação prestada.

Caso tenha necessidade de tirar dúvidas acerca do assunto da pesquisa, pode entrar em contato com as pesquisadoras ou com o Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP através dos contatos citados ao final deste documento.

Esclarecemos ainda que os resultados obtidos por esta pesquisa serão utilizados exclusivamente para publicações e encontros técnicos e científicos, tais como: artigos em revista científica, congressos, reuniões técnicas e científicas.

O questionário material com as suas informações ficará guardado em local seguro sob a responsabilidade do pesquisador por um período de cinco anos.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento em duas vias. Uma dessas vias ficará em seu poder e a outra deverá permanecer com o pesquisador responsável pela pesquisa.

Eu, _____entendi o conteúdo deste termo de consentimento e aceito participar da pesquisa acima referida como entrevistado.

Data:

Assinatura do entrevistado: _____

**Telefones e e-mails para contato com os pesquisadores:**

**Pesquisador responsável**: Monique Feitosa de Souza
E-mail: monique_fsouza@hotmail.com
Telefone: (81) 8832-9163
Demais pesquisadores participantes da pesquisa:
Lygia Carmen de Moraes Vanderlei
E-mail: lygiacarmen@yahoo.com.br
Paulo Germano de Frias
E-mail: pfrias@surfix.com.br
Rosilene Hans
E-mail: dgcdape@gmail.com

**Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos do IMIP:** Rua dos Coelhos, 300 Boa Vista - Recife - PE - Brasil. CEP 50070-550. Tel. (81) 2122-4756.

E-mail: comitedeetica@imip.org.br

Horário de funcionamento: 2ª a 5ª feira – 8:00 às 17:00h. 6ª feira - 8:00 às 16:00h.

ANEXO A- Parecer do Comitê de Ética

Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira
Escola de Pós-graduação em Saúde Materno Infantil
Instituição Civil Filantrópica

IMIP

**DECLARAÇÃO**

Declaro que o projeto de pesquisa **nº 3525 - 13** intitulado **"Análise da implantação do programa de controle da hanseníase (PCH) em Camaragibe"**. Apresentado pela pesquisadora **Monique Feitosa de Souza** foi APROVADO pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP, em reunião ordinária de 12 de junho de 2013

Recife, 13 de junho de 2013

**Dr. José Eulálio Cabral Filho**
Coordenador do Comitê de Ética
em Pesquisa em Seres Humanos do
Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira

UTILIDADE PÚBLICA MUNICIPAL - Lei 9651 de 08/11/97
UTILIDADE PÚBLICA ESTADUAL - Lei 5013 de 14/05/68
UTILIDADE PÚBLICA FEDERAL - Dec. 86238 de 30/07/81

Rua dos Coelhos, 300 Boa Vista
Recife - PE - Brasil - CEP: 50.070
PABX: (81) 2122.4100

ANEXO B- Carta de Anuência

**TERMO DE ANUÊNCIA**

Declaro para os devidos fins, que a Secretaria Municipal de Saúde de Camaragibe, apoia e consente a execução do estudo **ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE CONTROLE DA HANSENÍASE EM UM MUNICÍPIO DE PERNAMBUCO**, nessa instituição, sob a coordenação nacional do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira-IMIP. Será desenvolvida com profissionais que realizam as ações de controle da hanseníase nas Unidades de Saúde da Família, Unidade de Referência, Coordenação do Programa de Controle da Hanseníase, gerentes de território, Coordenação da Vigilância Epidemiológica e Secretário de Saúde.

Camaragibe, 12 de fevereiro de 2013.

Caio Mário Mello
Sec. de Saúde
Portaria Nº 140

Secretário de Saúde de Camaragibe