



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE



**AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE CONTROLE DA HANSENÍASE EM
MUNICÍPIO HIPERENDÊMICO DO ESTADO DE MATO GROSSO**

EDNARDO FORNANCIARI ANTUNES

MANAUS, 2012

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

EDNARDO FORNANCIARI ANTUNES

**AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE CONTROLE DA HANSENÍASE EM
MUNICÍPIO HIPERENDÊMICO DO ESTADO DE MATO GROSSO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Amazonas, Área de Concentração Promoção da Saúde na Amazônia, Linha de Pesquisa Programas de Saúde e Avaliação da Qualidade de Vida, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientadora: Dra. Maria da Graça Souza Cunha

MANAUS, 2012

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central

A636a Antunes, Ednardo Fornanciari

Avaliação das ações de controle da hanseníase em município hiperendêmico do estado de Mato Grosso / Ednardo Fornanciari Antunes. – Manaus, AM : UFAM, 2012.

167 f. : il. color. ; 30 cm

Dissertação (Mestre em Ciências da Saúde. Área de concentração: Saúde na Amazônia). Universidade Federal do Amazonas. Orientadora: Profª Drª Maria da Graça Souza Cunha.

1. Hanseníase – Mato Grosso - Prevenção 2. Epidemiologia
I. Cunha, Maria da Graça Souza (Orient.) II. Título

CDU (2007): 616-002.73(817.2)(043.3)

FOLHA DE APROVAÇÃO

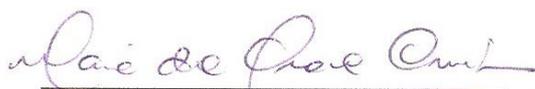
EDNARDO FORNANCIARI ANTUNES

AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE CONTROLE DA HANSENÍASE EM MUNICÍPIO HIPERENDÊMICO DO ESTADO DE MATO GROSSO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Amazonas, Área de Concentração Promoção da Saúde na Amazônia, Linha de Pesquisa Programas de Saúde e Avaliação da Qualidade de Vida, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Manaus, 27 de Agosto de 2012.

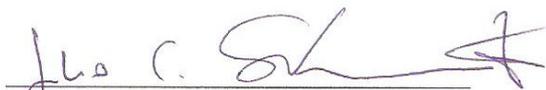
BANCA EXAMINADORA



Dra. Maria da Graça Souza Cunha – Orientadora
Fundação Alfredo da Matta



Prof. Dr. Antônio Levino da Silva Neto – Membro externo
Instituto Leônidas e Maria Deane/Fiocruz - AM



Prof. Dr. Júlio César Schweickardt – Membro externo
Instituto Leônidas e Maria Deane/Fiocruz - AM

A verdadeira ciência ensina sobretudo
a duvidar e a ser ignorante.

Miguel de Unamuno y Jugo

DEDICATÓRIA

Este trabalho é dedicado a meu irmão Andrei,
que me proporcionou a tranquilidade para poder realizá-lo.

AGRADECIMENTOS

À bondade e generosidade de DEUS.

À Dra. Maria da Graça Souza Cunha, pela honra de conhecê-la e poder aprender com ela.

Aos enfermeiros das unidades de saúde que me receberam tão bem e prontamente.

À Rose Margareth Costa, pelo apoio desde sempre.

Em nome de Arlene Janissara de Oliveira, a todos da Secretaria Municipal de Saúde de Cáceres.

À minha cunhada Fernanda, que cuidou de mim.

À minha irmã Carmen, pelo seu papel de ledora.

Aos meus pais, Maria da Penha e Benedito, que nunca deixaram se abater.

Ao meu primo Aécio, que hoje torce por mim lá do céu.

RESUMO

Introdução: Apesar da introdução de uma terapêutica eficaz, com a queda do número de casos a cada ano, e da vigilância permanente, a hanseníase persevera como problema de saúde pública em vários países e no Brasil. As características de infecciosidade e cronicidade da doença e a peculiaridade de predileção por nervos periféricos do *Mycobacterium leprae*, aliadas a ainda presente insuficiência de informações a respeito da doença pela população e agentes da saúde, permitem que o Brasil persista como segundo país em número de casos e registre muitos deles com incapacidades e deformidades instaladas. Para conter o avanço da doença e buscando sua eliminação como problema de saúde pública, o Brasil instituiu nas últimas décadas estratégias entre as quais se destaca a descentralização das ações programáticas de hanseníase e sua integração com a rede básica de saúde em todo o país, consideradas como uma das soluções para o alcance dessa meta.

Objetivos: O presente estudo objetivou avaliar as ações de controle da hanseníase, sua descentralização e a influência do contexto organizacional em sua implantação no município de Cáceres - MT entre 2004 e 2009, bem como realizar caracterização epidemiológica da doença no período.

Metodologia: Foi realizada uma pesquisa avaliativa do tipo análise da implantação da estrutura e processo para estimar o grau de implantação das ações para o controle da hanseníase em Cáceres e sua descentralização nas unidades básicas de saúde da zona urbana. Utilizou-se de instrumentos fechados e semiestruturados baseados em normas para as ações programáticas de hanseníase e para a estrutura das unidades de saúde. Foram visitadas dez unidades de saúde que atendem casos de hanseníase no município, onde foram verificados os itens instalação física, recursos materiais e recursos humanos capacitados em hanseníase, sendo atribuída pontuação por peso, sendo 15 pontos, 15 pontos e 10 pontos respectivamente. Também foram analisados 419 prontuários de pacientes diagnosticados com hanseníase entre 2004 e 2009 e entrevistadas as coordenadoras das unidades de saúde, a coordenadora do PCH e a gestora municipal de saúde para análise do processo, avaliando a rotina da unidade de saúde, parâmetros de concentração em hanseníase e composição do prontuário, atribuindo-se pontuação por peso, sendo 20 pontos, 25 pontos e 15 pontos respectivamente. Obtida média ponderada da pontuação alcançada pelas unidades, o grau de implantação foi calculado por regra de três simples e classificado em uma das categorias: implantado, aceitável, insatisfatório, crítico. Foi ainda realizada caracterização epidemiológica da doença no período estudado comparando-se os dados epidemiológicos levantados nos prontuários com os dados disponíveis no SINAN.

Resultados: A caracterização epidemiológica mostra maioria de casos novos (89,5%), em homens (60,9%), faixa etária ativa economicamente (73,8%), raça parda (45,3%), proveniente da zona urbana (82,6), forma clínica tuberculóide (31,5%), grau de incapacidade zero (58,4%), e classificado como paucibacilar (64,9%). Os dados encontrados nos prontuários divergem dos dados disponíveis no SINAN, sendo encontrados 34 casos a mais, aumentando o coeficiente de detecção e 17 casos que não têm informados nas fichas de investigação epidemiológica o modo de entrada e que não constam no SINAN. A implantação das ações de controle da hanseníase no município foi classificada como aceitável, obtendo 38,45 pontos (proporção de 73,9%).

Conclusão: Não há concordância entre os dados nos prontuários e os dados registrados no SINAN, sendo que os primeiros elevam a detecção da doença no período; a implantação das ações em hanseníase foi considerada aceitável, sendo prejudicada pela instalação física das

unidades de saúde, falta de recursos humanos capacitados em hanseníase; atuação de médicos e agentes comunitários; falta de profissionais capacitados; não completude dos prontuários, principalmente quanto a exames laboratoriais e grau de incapacidade. O contexto organizacional influencia a implantação pela não atuação do CMS na formulação de estratégias e controle da execução da política de saúde para hanseníase; alta rotatividade de gestores municipais de saúde; rotatividade de profissionais de saúde, principalmente médicos; recursos financeiros não direcionados e dependência financeira de outras fontes. Considerando os parâmetros desta avaliação, as ações de controle da hanseníase estão descentralizadas em Cáceres.

Palavras-chave: Hanseníase; Avaliação em Saúde; Descentralização; Epidemiologia.

ABSTRACT

Introduction: Despite the introduction of effective therapy, with the fall in the number of cases each year, and permanent vigilance, perseveres leprosy as a public health problem in many countries and in Brazil. The characteristics of infectivity and chronicity of the disease and the peculiarity of peripheral nerve predilection of *Mycobacterium leprae*, the allies still present insufficient information about the disease by population and health workers, allow that Brazil continues as the second country in the number of cases and register many with disabilities and deformities installed. To contain the spread of the disease and seeking its elimination as a public health problem, Brazil imposed in recent decades strategies among which stands out the program of decentralization of leprosy and its integration with primary care network throughout the country, considered as a solution to achieve this goal.

Objectives: This study aimed to evaluate the actions of leprosy control, its decentralization and the influence of organizational context in its implementation in the city of Cáceres - MT between 2004 and 2009 as well as conducting epidemiological characterization of disease in the period.

Methodology: We performed an evaluative analysis of the implementation of the type of structure and process to estimate the degree of implementation of actions for the control of leprosy in Cáceres and decentralization in basic health units in the urban area. We used closed and semi-structured instrument based on standards for leprosy program activities and the structure of health facilities. We visited ten health units serving leprosy cases in the county where the items were verified physical installation, material resources and human resources trained in leprosy, with scores assigned by weight, with 15 points, 15 points and 10 points respectively. Were also analyzed 419 records of patients diagnosed with leprosy between 2004 and 2009 and interviewed the coordinators of the health units, the coordinator of the PCH and municipal health manager for process analysis, assessing the routine of the health unit, concentration parameters in leprosy and composition of the chart, assigning score by weight, with 20 points, 25 points and 15 points respectively. Retrieved weighted average score achieved by the plant, the degree of implementation was calculated by simple rule of three and classified into one of the categories: implemented, acceptable, poor, critical. Was also conducted epidemiological characterization of disease during the study period by comparing the epidemiological data obtained from medical records with the data available in SINAN.

Results: The epidemiological characterization shows majority of new cases (89.5%) in men (60.9%), economically active age group (73.8%), mixed race (45.3%) from the urban area (82.6), clinical tuberculoid (31.5%), zero degree of disability (58.4%), and classified as paucibacillary (64.9%). The data found in the records differ from data available on SINAN, and found 34 cases more, increasing the detection rate and 17 cases that have not reported in epidemiological investigation forms the input mode and not included in SINAN. The implementation of actions to leprosy control in the municipality was classified as acceptable, gaining 38.45 points (ratio of 73.9%).

Conclusion: There is no agreement entres data in records and data recorded in SINAN, and the first rise the detection of the disease in the period: The implementation of actions in leprosy was considered acceptable, being hindered by physical installation of health facilities, lack of resources trained human leprosy; performance of doctors and community workers, lack of trained professionals; not completeness of records; mainly as a laboratory and degree of disability. The organizational context influences the implementation of the CMS by not

acting in strategy formulation and execution control of health policy for leprosy; high turnover of local health managers; turnover of health professionals, especially doctors; funds not target and financial dependence on other sources. Considering the parameters of this review, leprosy control activities are decentralized in Cáceres.

Keywords: Leprosy; Program Evaluation; Decentralization; Epidemiology.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	<i>Mycobacterium leprae</i> .	18
Figura 2	<i>Mycobacterium leprae</i> ao final da divisão binária.	18
Gráfico 1	Coeficiente de Detecção de hanseníase no Brasil por 100.000 hab. 1990; 2000-2009.	20
Gráfico 2	Coeficiente de Prevalência de hanseníase no Brasil por 10.000 hab. 1990-1991; 2000-2009.	20
Figura 3	<i>Globia gigante</i> .	24
Figura 4	Seguimento de eventos na hanseníase desde o comprometimento inicial das fibras nervosas até a instalação de deformidades.	35
Gráfico 3	Coeficientes de prevalência e detecção da hanseníase no Brasil: 1990 - 2009.	47
Figura 5	Localização do município de Cáceres - MT.	60
Gráfico 4	Distribuição dos casos de hanseníase por faixa etária segundo dados dos prontuários dos pacientes atendidos pelas dez unidades de saúde no município de Cáceres no período de 2004 - 2009.	84

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Tabela 1	Países com detecção superior a 1000 casos novos de hanseníase em 2009.	21
Tabela 2	Estados com maior coeficiente de detecção de casos novos e respectivos total de casos e população-2009.	22
Quadro 1	Características das reações hansênicas.	31
Quadro 2	Sinais e sintomas das neurites.	34
Quadro 3	Distinção entre Avaliação Neurológica e Grau de Incapacidade Física.	40
Quadro 4	Achados para estabelecimento do GIF.	42
Tabela 3	Número de profissionais treinados pela SES/MT em 2009 por categoria profissional e categoria de treinamento.	45
Tabela 4	Coeficiente de detecção de casos novos, casos em menores de 15 anos e prevalência e suas classificações quanto aos parâmetros para avaliação em Cáceres, Mato Grosso e Brasil, 2009.	61
Quadro 5	Distribuição da pontuação para os subitens do item instalação física da dimensão estrutura.	66
Quadro 6	Distribuição da pontuação para os subitens do item recursos materiais da dimensão estrutura.	67
Quadro 7	Distribuição da pontuação para os subitens do item rotina da unidade de saúde.	70
Quadro 8	Distribuição da pontuação para os subitens do item parâmetros de concentração em hanseníase da dimensão processo.	72
Quadro 9	Classificação do Grau de Implantação.	73
Quadro 10	Distribuição das variáveis pesquisadas na análise do contexto organizacional por dimensão de enquadramento.	75
Tabela 5	Distribuição dos prontuários dos casos de hanseníase por unidade de saúde que acompanham casos e respectivas porcentagens em Cáceres, 2004-2009.	77
Tabela 6	Distribuição dos casos de hanseníase por ano segundo dados dos prontuários dos pacientes atendidos pelas dez unidades de saúde e segundo base de dados do SINAN no município de Cáceres no período de 2004 - 2009.	78
Tabela 7	Distribuição dos casos de hanseníase por modo de entrada segundo dados dos prontuários dos pacientes atendidos pelas dez unidades de saúde e segundo base de dados do SINAN no município de Cáceres no período de 2004 - 2009.	79
Tabela 8	Coeficiente de detecção anual de casos novos segundo dados dos prontuários dos pacientes atendidos nas dez unidades de saúde e segundo base de dados do SINAN no município de Cáceres - MT no período de 2004 – 2009.	79

Tabela 9	Distribuição dos casos de hanseníase por procedência segundo dados dos prontuários dos pacientes atendidos pelas dez unidades de saúde e segundo base de dados do SINAN no município de Cáceres no período de 2004 - 2009.	80
Tabela 10	Distribuição dos casos de hanseníase por raça segundo dados dos prontuários dos pacientes atendidos pelas dez unidades de saúde no município de Cáceres no período de 2004 - 2009.	81
Tabela 11	Distribuição dos casos de hanseníase por raça segundo base de dados do SINAN no município de Cáceres no período de 2004 - 2009.	81
Tabela 12	Distribuição dos casos de hanseníase por sexo segundo dados dos prontuários dos pacientes atendidos pelas dez unidades de saúde e segundo base de dados do SINAN no município de Cáceres no período de 2004 - 2009.	82
Tabela 13	Distribuição dos casos de hanseníase por forma clínica segundo dados dos prontuários dos pacientes atendidos pelas dez unidades de saúde e segundo base de dados do SINAN no município de Cáceres no período de 2004 - 2009.	82
Tabela 14	Distribuição dos casos de hanseníase por classificação operacional segundo dados dos prontuários dos pacientes atendidos pelas dez unidades de saúde e segundo base de dados do SINAN no município de Cáceres no período de 2004 - 2009.	83
Tabela 15	Distribuição dos casos de hanseníase por faixa etária segundo dados dos prontuários dos pacientes atendidos pelas dez unidades de saúde no município de Cáceres no período de 2004 - 2009.	84
Tabela 16	Distribuição dos casos de hanseníase por faixa etária segundo base de dados do SINAN no município de Cáceres no período de 2004 - 2009.	85
Tabela 17	Distribuição dos casos de hanseníase em menores de 15 anos segundo dados dos prontuários dos pacientes atendidos pelas dez unidades de saúde e segundo base de dados do SINAN no município de Cáceres no período de 2004 - 2009.	86
Tabela 18	Distribuição dos casos de hanseníase por grau de incapacidade avaliado no diagnóstico segundo os dados dos prontuários dos pacientes atendidos pelas dez unidades de saúde e segundo base de dados do SINAN no município de Cáceres no período de 2004-2009.	86
Tabela 19	Distribuição dos casos de hanseníase por grau de incapacidade avaliado na alta segundo os dados dos prontuários dos pacientes atendidos pelas dez unidades de saúde e base de dados do SINAN no município de Cáceres no período de 2004 - 2009.	87
Tabela 20	Indicadores epidemiológicos (1) e (2) e indicadores operacionais (1) e (2) de avaliação do grau de incapacidade.	88
Quadro 11	Distribuição do número de reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Cáceres por ano no período de 2004 a 2009.	95
Quadro 12	Pautas de reuniões do Conselho Municipal de saúde de Cáceres entre 2004 e 2009.	96
Quadro 13	Distribuição das atividades de ação em hanseníase desenvolvidas pelas 13 unidades de saúde que ofertam o serviço Cáceres, 2004-2009.	103

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

%	Porcentagem
<	Menor que
>	Maior que
≥	Maior/igual que
Aux.	Auxiliar
Aval.	Avaliado(s)
BCG	Bacilo de Calmette-Guërin
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
Coef.	Coeficiente
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
COPEPI/MT	Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica de Mato Grosso
CMS	Conselho Municipal de Saúde
Datasus	Departamento de Informática do SUS
diag.	Diagnóstico
ENH	Eritema Nodoso Hansênico
FM	Força muscular
FUAM	Fundação Alfredo da Matta
GIF	Grau de Incapacidade Física
hab.	Habitantes
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
ILSL	Instituto Lauro de Souza Lima
<i>M. leprae</i>	<i>Mycobacterium leprae</i>
MB	Multibacilar
mg	Miligrama
MS	Ministério da Saúde
PB	Paucibacilar
PCH	Programa de Controle de Hanseníase
PI	Prevenção de Incapacidades em Hanseníase
PNEH	Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase
PQT	Poliquimioterapia
PSF	Programa Saúde da Família
SES/MT	Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde
SVS/MT	Superintendência de Vigilância em Saúde de Mato Grosso
Tec. Labor.	Técnico em Laboratório
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
2. REVISÃO DA LITERATURA	17
2.1 Aspectos gerais da hanseníase	17
2.1.1 Etiopatogenia	17
2.1.2 Epidemiologia	19
2.1.3 Diagnóstico	23
2.1.4 Classificação	25
2.1.5 Tratamento	27
2.2 Reações Hansênicas	30
2.3 Neurite / Neuropatia	32
2.4 Estigma	36
2.5 Prevenção de Incapacidades em Hanseníase	37
2.6 As Ações de Eliminação da Hanseníase e sua Descentralização	45
2.7 Avaliação em Saúde	50
2.8 Avaliação de Programas de Controle da Hanseníase	56
3. OBJETIVOS	59
3.1 Objetivo Geral	59
3.2 Objetivos específicos	59
4. METODOLOGIA	60
4.1 Modelo de estudo	60
4.2 Área de Estudo	60
4.2.1 Características do Local da Pesquisa	60
4.2.2 População do estudo	62
4.3 Instrumentos de coleta de dados	62
4.4 Procedimentos de coleta de dados	63
4.5 Processamento e análise de dados	63
4.5.1 Caracterização do perfil epidemiológico	63
4.5.2 Avaliação da estrutura e processo	65
4.5.3 Estimativa do grau de implantação	73
4.5.4 Análise do contexto organizacional	74
4.6 Aspectos éticos	76
5. RESULTADOS	77
5.1 Caracterização do perfil epidemiológico	77
5.2 Avaliação da estrutura e processo	89
5.3 Estimativa do grau de implantação	93
5.4 Análise do contexto organizacional	93
6. DISCUSSÃO	106
7. CONCLUSÃO	130
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	131
APÊNDICES	140
ANEXOS	160

1. INTRODUÇÃO

O poder de deixar os pacientes com deformidades e incapacidades é uma das características inerentes à hanseníase, e talvez a que mais chame a atenção para a doença, que se caracteriza como doença infecciosa crônica, possui amplo espectro de manifestações clínicas e afeta principalmente a pele e os nervos periféricos. É causada pelo *Mycobacterium leprae*, bactéria intracelular obrigatória, com período de incubação prolongado.

O diagnóstico é patentemente clínico e sua precocidade é de extrema relevância, devendo o paciente ser muito bem monitorado em vista das intercorrências que podem advir durante ou após o tratamento ou já estar presentes no diagnóstico.

Não obstante o tratamento revolucionário que ajudou a diminuir drasticamente o número de pacientes a cada ano, principalmente sem sequelas, a doença ainda é endêmica em alguns países e no Brasil, onde distribui-se de forma irregular entre as regiões e configura problema de saúde pública. O país possui o segundo maior número de casos detectados a cada ano no mundo.

Entre os estados brasileiros com os maiores coeficientes de detecção e prevalência da hanseníase destaca-se Mato Grosso, que em 2009 possui o maior coeficiente de detecção de casos novos do país e a quinta maior prevalência, possível reflexo de 135 dos seus 141 municípios serem classificados como hiperendêmicos ou endêmicos nesse ano. O município de Cáceres segue a tendência de hiperendemicidade.

Para conter o avanço da doença e buscando sua eliminação como problema de saúde pública, o Brasil instituiu nas últimas décadas estratégias entre as quais se destaca a descentralização das ações programáticas de hanseníase e sua integração com a rede básica de saúde em todo o país, consideradas como uma das soluções para o alcance dessa meta.

O atendimento às pessoas atingidas pela hanseníase foi por longo tempo centralizado,

o que contribuía para insuficiência da cobertura, carência de cuidado contínuo e integral, inabilidade na utilização de recursos. Com a descentralização, a execução das ações passou a ser responsabilidade dos municípios e assim é tida como um dos itens essenciais para se atingir o propósito de prestar atendimento de qualidade ao paciente, com aumento da cobertura e consequente facilitação do acesso ao diagnóstico e tratamento, assegurando ainda o controle e fiscalização dos serviços, inclusive pelos usuários (FUZIKAWA, 2007).

Todavia, existem discussões se a descentralização incrementou a qualidade da assistência a essas pessoas e a evidência científica não se faz suficiente para esclarecê-la.

Dada a relevância dessa estratégia, a avaliação de programas e intervenções em saúde possui atualmente distinguida significância como instrumento de apoio a decisões na implementação de políticas de saúde.

Presumindo que o modelo atual de avaliação das políticas de controle da hanseníase não oferece a apuração devida para dar respostas sobre o processo e os resultados de intervenções empregados no país para a eliminação da hanseníase, é premente o prosseguimento de pesquisas que venham impulsionar a resolução deste problema de saúde pública, entendendo-se que para isso seja decisiva a busca de novas alternativas metodológicas, com vistas a contribuir com a atual política de controle da hanseníase (MOREIRA, 2002).

Assim, definiu-se pelo desenvolvimento de um estudo descritivo por meio de pesquisa avaliativa para analisar a implantação das ações de controle da hanseníase e a descentralização dessas ações no município de Cáceres, em Mato Grosso.

Pretendemos que os resultados obtidos com esta investigação possam levar ao conhecimento da realidade da eliminação da hanseníase em Cáceres e subsidiar discussões para as definições futuras de políticas e ações de controle da hanseníase nesse município e outros do Mato Grosso e do Brasil.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Aspectos gerais da hanseníase

2.1.1 Etiopatogenia

Nenhuma enfermidade é mais extensa em seu desenvolvimento, mais variável em sua expressão, mais mutilante em sua totalidade e de consequências tão terríveis para a vida social do paciente como a hanseníase (MORENO-TORAL; LÓPEZ-DÍAZ, 2000).

A hanseníase, também denominada lepra, doença de Hansen - Hansen's disease em inglês (NUNZI; MASSONE, 2012) - ou mal de Hansen (JUNQUEIRA; CAIXETA, 2008), é uma doença infecciosa, transmissível, caracterizada pela alta infectividade (capacidade de infectar grande número de indivíduos) e baixa patogenicidade (poucos desenvolvem a doença), esta última relacionada a características intrínsecas, relação com o hospedeiro e grau de endemicidade do meio (TALHARI; NEVES, 1997).

O agente etiológico da hanseníase é o *Mycobacterium leprae*, ou bacilo de Hansen, descrito em 1873 pelo cientista norueguês Gerhard Armauer Hansen. Foi a primeira vez que se demonstrou a existência de um agente infeccioso como causa de uma doença (FIGUEIREDO, 2006).

É uma doença de evolução lenta e insidiosa. O bacilo multiplica-se lentamente por divisão binária, a cada 12 a 14 dias (FOSS, 1999; NUNZI; MASSONE, 2012), admitindo-se tempo médio de incubação de 2 a 5 anos em pacientes tuberculóides e de 8 a 12 anos em pacientes virchowianos, podendo chegar a 30 anos, sendo que em populações endêmicas seu diagnóstico em crianças bem jovens indica menor tempo de incubação (TALHARI; NEVES, 1997; BAKKER, 2005; NUNZI; MASSONE, 2012).

De fato, entre as micobactérias patogênicas, o *M. leprae* é a que apresenta tempo de multiplicação mais lento, por conseguinte levando ao longo período de incubação e a cronicidade da doença (OPROMOLLA, 2000; GOULART; PENA; CUNHA, 2002).



Figura 1. *Mycobacterium leprae*.
Fonte: Scollard et al., 2006.



Figura 2. *Mycobacterium leprae* ao final da divisão binária.
Fonte: Instituto Lauro de Souza Lima.

O bacilo de Hansen tem também a característica de ser parasita intracelular obrigatório, com tropismo para a pele e nervos periféricos, onde se aloja dentro das células de Schwann, “... santuários onde os bacilos estão protegidos dos macrófagos e podem replicar vagarosamente durante anos” (NUNZI; MASSONE, 2012).

A hanseníase é uma das doenças mais antigas conhecidas, tendo a humanidade lidado com ela há séculos (NUNZI; MASSONE, 2012), e ainda constitui-se um problema de saúde pública no Brasil e outros países, persistindo como endemia em alguns (ANDRADE, 2000; QUEIRÓZ; SCATENA, 2009). Segundo Virmond; Vieth (1997), a hanseníase não conta com

possibilidade de prevenção primária como ocorre em outras doenças, configurando-se como medidas preventivas a melhoria nas condições socioeconômicas e sanitárias da população.

A doença manifesta-se principalmente por meio de sinais e sintomas dermatoneurológicos (BRYCESON; PFALTZGRAFF, 1990; SOUZA, 1997), acometendo principalmente e primariamente a pele e os nervos periféricos, estruturas com as quais o bacilo possui afinidade (SCOLLARD et al., 2006).

Mas a hanseníase possui também caráter sistêmico, relacionado à bacteremia e o tempo de exposição a ela (SALES et al., 2004; NUNZI; MASSONE, 2012), comprometendo olhos, articulações, testículos, gânglios e outros órgãos (BRASIL, 2008; COHEN, 2009; LEAL, 1997; MARTINS; CASTRO; MOREIRA, 2005; PEREIRA, 2009). Os indivíduos adoecem de acordo com a resposta imunológica específica frente ao bacilo (SANCHES, 2007).

A única fonte de infecção da hanseníase é o homem (NUNZI; MASSONE, 2012), sendo sua transmissão por meio de uma pessoa doente sem tratamento e com a forma infectante da doença, com consenso entre os autores de que a eliminação de bacilos e infecção se dá pelas vias aéreas superiores, por meio de contato íntimo e prolongado (BRASIL, 1960; ARAÚJO, 2003; BRITTON; LOCKWOOD, 2004; JUNQUEIRA; CAIXETA, 2008), sendo o contágio no ambiente familiar de cinco a oito vezes mais frequente que no meio extrafamiliar (LIMA, 2009).

Estima-se que 90% da população tenha defesa natural contra o *Mycobacterium leprae* (BRASIL, 1960; BRASIL, 2008).

2.1.2 Epidemiologia

Desde a adoção oficial da poliquimioterapia no Brasil em 1991, os coeficientes de detecção e prevalência da hanseníase têm diminuído anualmente, como podemos ver

demonstrado nos gráficos a seguir, mas o país ainda é responsável pela endemia nas Américas e ocupa o segundo lugar em número de casos novos no mundo.

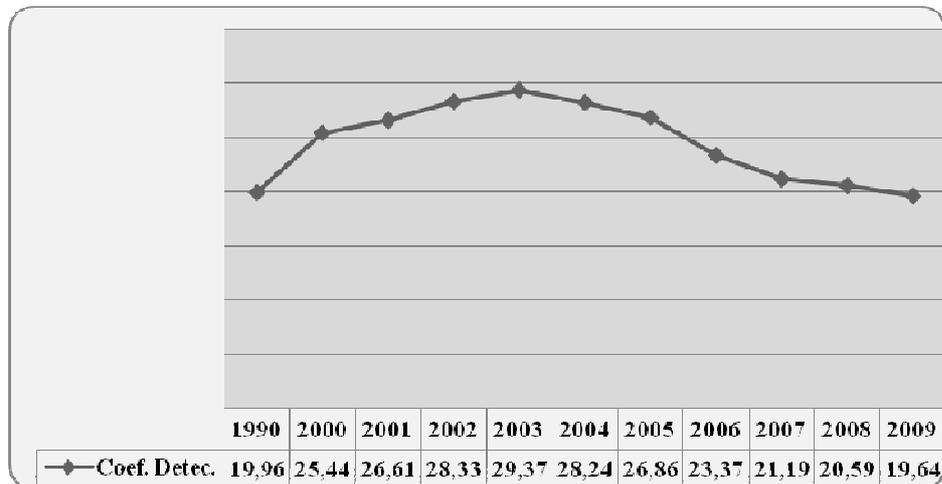


Gráfico 1. Coeficiente de Detecção de hanseníase no Brasil por 100.000 hab. 1990; 2000-2009.
Fonte: SINAN

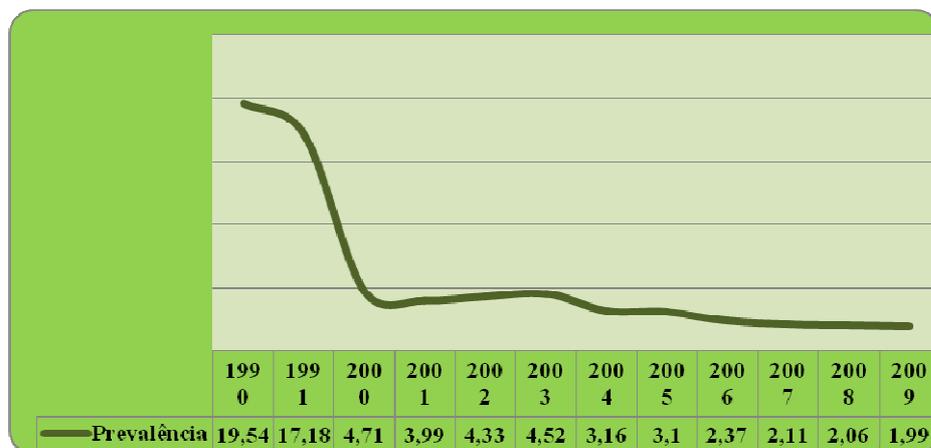


Gráfico 2. Coeficiente de Prevalência de hanseníase no Brasil por 10.000 hab. 1990-1991, 2000-2009.
Fonte: SINAN

Dados da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2010) demonstram queda no número de casos novos de hanseníase diagnosticados no mundo, de 514.718 casos em 2003 para 244.796 casos em 2009. Essa redução é vista como resultado dos esforços dos programas nacionais para detectar novos casos e proporcionar um tratamento adequado com poliquimioterapia. Contudo, ainda há países onde a hanseníase continua como problema de

saúde pública, geralmente países em desenvolvimento localizados em áreas tropicais.

Também Nunzi; Massone (2012) colocam que com o advento da poliquimioterapia nos anos 1980, cerca de 14 milhões de pessoas no mundo todo foram curadas em todo o mundo e a incidência da doença caiu consideravelmente. No entanto, cerca de 250.000-300.000 novos casos são diagnosticados por ano no mundo, inclusive muitas crianças, indicando a manutenção da cadeia de transmissão.

A tabela abaixo lista os dezesseis países que reportaram número superior a 1000 casos novos de hanseníase em 2009, sendo responsáveis por 93% de todos os casos novos detectados nesse ano no mundo (WHO 2010).

Tabela 1. Países com detecção superior a 1000 casos novos de hanseníase em 2009.

Países	Número de casos novos em 2009
Índia	133.717
Brasil	37.610
Indonésia	17.260
Bangladesh	5.239
República Democrática do Congo	5.062
Etiópia	4.417
Nepal	4.394
Nigéria	4.219
Mianmar	3.147
Tanzânia	2.654
Sudão	2.100
Sri Lanka	1.875
Filipinas	1.795
China	1.597
Madagascar	1.572
Moçambique	1.191
Total	227.849

Fonte: WHO, 2010.

A Índia é o país com maior número de casos em 2009, com 133.717 (54,62% do total mundial). No Brasil foram 37.610 novos casos em 2009, o que representa 15,36% dos casos

no mundo e 93% dos 40.474 casos das Américas.

O coeficiente de detecção de casos novos no Brasil em 2009 é de 19,64/100.000 habitantes e a taxa de prevalência 1,99/10.000 hab. Esta última coloca o país como o único das Américas que ainda não atingiu a meta de eliminação da hanseníase (OPAS, 2007), que é dada pela taxa prevalência menor que um caso para cada 10.000 habitantes.

Foram avaliados quanto ao Grau de Incapacidade Física no diagnóstico 89,3% dos casos novos, e na alta 71,8%. A proporção de casos com grau um ou grau dois de incapacidade avaliados entre os casos novos foi de 23,8% e 7,2% respectivamente. A proporção de contatos de casos novos examinados entre os registrados foi de 59,8%.

Do total de casos novos, 56,9% foram classificados multibacilares (MB) e 43,1% paucibacilares (PB).

A proporção de cura na forma paucibacilar foi de 85% e na forma multibacilar 80%, com 82,1% dos pacientes curados na coorte.

O Estado de Mato Grosso destaca-se em 2009 com o maior coeficiente de detecção de casos novos do país, 89,48/100.000 habitantes, e coeficiente de detecção de em menores de 15 anos de 17,37/100.000 habitantes, o quinto maior. Ambos os coeficientes classificam o Estado como hiperendêmico.

Tabela 2. Estados com maior coeficiente de detecção de casos novos e respectivos total de casos e população-2009.

Estado	Coeficiente de detecção*	Total de casos	População (milhões)
Mato Grosso	89,48	2.686	3,00
Tocantins	88,54	1.144	1,29
Rondônia	66,49	1.045	1,50
Maranhão	61,99	3.947	6,36
Pará	55,70	4.139	7,43
Brasil	19,64	37.610	191,48

Fonte: SINAN.

*Coeficiente de detecção por 100.000 habitantes.

2.1.3 Diagnóstico

O diagnóstico da hanseníase é patentemente clínico por meio do exame dermatoneurológico, e baseia-se nos sinais e sintomas característicos da doença para identificar lesões ou áreas na pele com alteração de sensibilidade e/ou comprometimento de nervos periféricos. A doença apresenta um polimorfismo de lesões na pele que podem ser mínimas, quase não perceptíveis, ou muito extensas e contínuas (BAKKER, 2005), variando entre manchas, placas, nódulos e infiltração difusa (SOUSA et al., 2010).

A precocidade do diagnóstico é importante no tratamento e para a interrupção da transmissão da doença. Exige perícia na observação do paciente para captar os pequenos detalhes que estão presentes, e também saber compreender a queixa do paciente, em virtude da amplitude das manifestações clínicas da doença.

Um caso de hanseníase é definido pela presença de um ou mais dos seguintes critérios (BRASIL, 2009):

- Lesão de pele com alteração de sensibilidade.
- Acometimento de nervos com ou sem espessamento neural, relacionado a alterações sensitivas, motoras e autonômicas (somente uma ou associadas).
- Baciloscopia de esfregaço intradérmico positiva para *M. leprae*.

O exame de baciloscopia é responsável pela confirmação etiológica, constituindo-se importante auxiliar no diagnóstico de casos duvidosos, de recidivas, na classificação da doença e na distinção bacilífera (WATERS, 2002; BRASIL, 2010c). A baciloscopia pode ser negativa em algumas formas clínicas da hanseníase. Isso não exclui o diagnóstico da doença, que é clínico, essencialmente.

Importante salientar que essa negatividade pode não representar alguns casos multibacilares, como pacientes dimorfos que tem comprometimento de vários troncos nervosos predominante (BARRETO, 2011).

Exame baciloscópico positivo é certeza de diagnóstico da forma multibacilar (BRASIL, 2008).

Considera-se paucibacilares os indivíduos cujo índice baciloscópico na escala de Ridley; Jopling (1966) é igual à zero.

Ao exame baciloscópico, o bacilo de Hansen pode ser observado sozinho, em pequenos grupos ou em grandes aglomerações denominadas globias, característica dessa bactéria que auxilia em sua distinção.

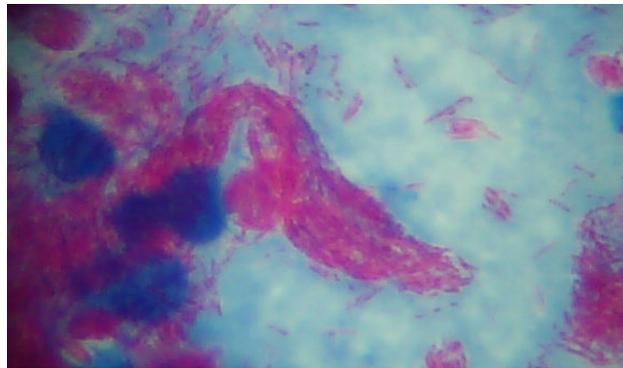


Figura 3. Globia gigante.

Fonte: Instituto Lauro de Souza Lima.

Como o tempo médio de incubação do *Mycobacterium leprae* é longo e o processo infeccioso é crônico, quando uma pessoa procura o serviço de saúde apresentando uma mancha na pele característica da hanseníase, ou outra queixa que leve ao diagnóstico, como dor, pode significar que ela está com a doença em desenvolvimento há um tempo considerável, que podemos chamar de infecção subclínica. Isso muitas vezes é corroborado pelo questionamento de quanto tempo faz que a pessoa percebeu a mancha ou dor, tendo como resposta, na grande maioria das vezes, um período de vários meses (PIMENTEL et al., 2002). Desse modo, na maior parte dos indivíduos a infecção regredirá naturalmente sem nunca ter manifestado sinal ou sintoma da doença, enquanto uma menor parte desenvolverá a doença, e o padrão clínico dependerá da resposta imunitária do paciente frente ao microrganismo (BRYCESON; PFALTZGRAFF, 1990). Como coloca Claro (1999):

“Em todo o mundo, os programas de controle enfrentam dificuldades como a demora dos doentes para buscarem o diagnóstico e o tratamento, quando muitos já apresentam incapacidades, além de altíssimos índices de abandono dos esquemas terapêuticos, entre outras.”

Não há testes adequados para detectar infecções micobacterianas subclínicas de forma confiável, inclusive *M. leprae* (RICHARDUS; HABBEMA, 2007; KRUPA et al, 2012).

2.1.4 Classificação

As classificações das doenças são dadas para que estas sejam mais bem compreendidas e obtenha-se sucesso com o tratamento. A hanseníase possui diversas manifestações clínicas e sinais e sintomas dos mais variáveis, tanto na sua progressão quanto aos resultados futuros. Dessa forma, várias classificações surgiram ao longo do tempo.

As classificações mais difundidas da hanseníase são a de Madrid, de Ridley e Jopling e da Organização Mundial de Saúde (OMS).

A classificação de Madrid foi proposta em 1953 no VI Congresso Internacional de Leprologia, e é ainda aceita na grande maioria dos serviços para alocação diagnóstica. Essa classificação utiliza-se de critérios clínicos, bacteriológicos, e imunológicos, reconhecendo duas formas polares estáveis, tuberculóide e virchowiana, e dois grupos instáveis, dimorfo e indeterminado, que evoluem para um dos pólos de acordo com a imunidade do indivíduo.

A classificação de Ridley; Jopling (1966) representou um avanço no entendimento da patologia da hanseníase. Permitiu melhor compreensão do espectro da doença, do grupo dimorfo e das reações tipo 1, sem alterar fundamentalmente a classificação de Madrid e mantendo o conceito de polaridade de Rabello (FLEURY, 2005).

Essa classificação é utilizada preferencialmente em estudos científicos, devido às dificuldades operacionais para seu uso, pois necessita de apoio de anatomia patológica (FLEURY, 2005). Baseia-se em critérios histológicos, sugerindo que as formas podem oscilar

no espectro da doença, para o pólo tuberculóide, de resistência, ou pólo virchowiano, de susceptibilidade.

Divide a hanseníase em cinco grupos: dois grupos polares, tuberculóide polar (TT) e *borderline*-tuberculóide (BT), e três grupos intermediários, *borderline borderline* (BB), *borderline*-virchowiano (BL) e virchowiano (LL). O termo virchowiano é utilizado no Brasil em substituição ao termo lepromatoso da classificação original (BAKKER, 2005; LOCKWOOD; SARNO; SMITH, 2007; MENDONÇA et al., 2008).

Em 1982 a Organização Mundial de Saúde introduziu a classificação operacional, que é utilizada na alocação de pacientes para a poliquimioterapia. Até 1988 pacientes BT eram classificados como paucibacilares. Em uma atualização em 1998, esses pacientes passaram a ser classificados como multibacilares (BAKKER, 2005).

A classificação operacional é baseada no número de lesões cutâneas. Dessa forma, pacientes que apresentem até cinco lesões de pele são classificados como paucibacilares. Incluem-se nessa classificação as formas indeterminada e tuberculóide. Pacientes com mais de cinco lesões de pele são classificados como multibacilares. Incluem-se nessa classificação as formas dimorfa e virchowiana (BAKKER, 2005; BRASIL, 2010c). O exame baciloscópico positivo, ou seja, com detecção de bacilos, classifica o paciente como multibacilar independente do número de lesões (BRASIL, 2010c).

Barreto (2011) argumenta que o uso dessa classificação foi aplicado pela OMS visto a dificuldade de muitos serviços para o acesso a exames laboratoriais como a baciloscopia, mas seus critérios não são bem aceitos por especialistas, uma vez que há a possibilidade de não corresponder, com pacientes multibacilares podendo receber tratamento paucibacilar, insuficiente, o que pode contribuir para a recidiva da doença.

2.1.5 Tratamento

O tratamento da hanseníase é eminentemente ambulatorial e realizado gratuitamente nos serviços de saúde, sendo administrada uma associação de medicamentos, a poliquimioterapia (PQT), constituída por dapsona, rifampicina e clofazimina (BRASIL, 2005). Deve-se destacar que o início do tratamento com PQT torna o bacilo inviável, interrompendo a transmissibilidade da doença e detém sua evolução, ajudando assim na prevenção de incapacidades e deformidades.

A descoberta da dapsona como útil no tratamento da hanseníase deu-se nos anos 1940, tornando disponível uma cura para a hanseníase, porém com a necessidade de ter de ser utilizada por toda a vida. A resistência a dapsona levou a estudos para a busca de novas drogas antihansênicas, tendo sido então introduzidas a clofazimina e a rifampicina, respectivamente nos anos 1960 e 1970. No ano de 1981, a OMS recomendou o uso dessas três drogas em uma terapia multidroga, a PQT, para se evitar a resistência medicamentosa (RICHARDUS; HABBEMA, 2007).

A introdução da PQT no Brasil deu-se a partir de 1986 primeiramente em centros de referência, sendo oficializada como tratamento em 1991 pelo Ministério da Saúde (ANDRADE, 2006; FIGUEIREDO, 2006).

Para a descrição das drogas da PQT, utilizaremos os conceitos de Talhari; Neves (1997) e Gallo (1998).

A dapsona é uma sulfona. Tem ação bacteriostática e estima-se que após 3 a 4 meses de uso 99,9% dos bacilos tornam-se inviáveis. É uma droga bem tolerada, de baixo custo e com reduzidos efeitos colaterais graves.

A rifampicina é um antibiótico primariamente de ação bactericida potente contra o *Mycobacterium leprae*. Uma única dose de 600mg pode eliminar 99,9% das bactérias viáveis. Após 3 a 7 dias de administração não são encontrados bacilos viáveis nos exames de lesões

cutâneas e muco nasal. O paciente não é mais capaz de infectar outras pessoas. Seu uso deve estar associado à outra droga, dapsona ou clofazimina, por causa da resistência de bacilos persistentes.

A clofazimina é um corante fenazínico com ação anti-inflamatória importante, tem ação bacteriostática e discreta ação bactericida. Seu uso é restrito aos casos dimorfos e virchowianos. Em cerca de cinco meses de uso em um paciente bacilífero destrói em torno de 99,9% das bactérias.

O esquema terapêutico dá-se de acordo com a classificação operacional:

Os pacientes adultos paucibacilares tomam seis doses de PQT em até 9 meses, com os medicamentos divididos em:

- Uma dose mensal supervisionada de rifampicina 600mg (duas cápsulas de 300mg); uma dose mensal supervisionada de dapsona 100mg e uma dose diária de 100mg de dapsona autoadministrada.

Até Setembro de 2000, os pacientes multibacilares tomavam 24 doses de PQT em 36 até meses (FUZIKAWA, 2007). A partir desta data, o esquema para pacientes multibacilares passou a ser de 12 doses de PQT em até 18 meses, com os medicamentos divididos em:

- Uma dose mensal supervisionada de rifampicina 600mg (duas cápsulas de 300mg); uma dose mensal supervisionada de dapsona 100mg e uma dose diária de 100mg autoadministrada; uma dose mensal supervisionada de clofazimina 300mg (três cápsulas de 100mg) e uma dose diária de 50mg autoadministrada.

Os pacientes que concluírem o esquema de tratamento nos prazos estabelecidos não serão mais considerados como um caso de hanseníase e deverão receber alta por cura.

Pacientes que ultrapassarem o prazo estabelecido para o término do tratamento ou pacientes multibacilares que não apresentarem melhora após o esquema terapêutico recomendado deverão ser encaminhados a centros de referência para investigação do

prosseguimento mais adequado do tratamento. Da mesma forma, pacientes que apresentarem intolerância a medicação também devem ser encaminhados para determinação do esquema alternativo adequado ao caso (FUZIKAWA, 2007).

Mesmo tendo garantia da cura da doença, o profissional não poderá comprometer-se com absoluta certeza que o paciente estará livre das reações hansênicas, da perda da funcionalidade ou mesmo de sequelas, durante o tratamento ou muito tempo após a cura. Assim, apesar dos critérios, é delicado determinar o que seria conferir alta ao paciente.

Por isso é patente destacar a importância da avaliação no início, durante o tratamento e na alta, dado que, muitas vezes, o bom número de avaliações de incapacidades no diagnóstico não é visto na alta (BRASIL, 2008). Pode-se dizer que isso indica que não há preocupação ou apuro do serviço com a manutenção do tratamento, que não termina na alta, mas é sim um ato de atenção contínua com as orientações ao paciente quanto aos cuidados e as observações quanto à presença de reações, para que se previnam danos que podem ser irreversíveis. Na concepção de Pimentel et al. (2002):

“O tratamento medicamentoso e acompanhamento subsequente demonstram uma influência favorável nas incapacidades físicas apresentadas pelos pacientes, com diminuição do número de pacientes com incapacidades após o tratamento, em comparação com o encontrado no exame inicial.”

Dessa forma, é importante não visar apenas a cura, mas a atenção integral, valorizando-se o cuidado. De uma maneira geral as pessoas se cuidam, mas nem todos os pacientes seguirão de modo adequado as recomendações do profissional de saúde, por diversas razões, relacionadas à doença ou problemas pessoais. E muitos manterão hábitos que podem trazer prejuízo ao tratamento e a própria saúde. É função do profissional de saúde orientar e esclarecer a importância do cuidado, pois não é sempre que o paciente tem consciência de que o que está fazendo é prejudicial a si mesmo (BRASIL, 2008).

2.2 Reações Hansênicas

Um dos aspectos importantes a se destacar na hanseníase é sua capacidade de deixar os pacientes com deformidades físicas e incapacidades.

Estas incapacidades e deformidades podem acarretar sérios prejuízos, tais como diminuição da capacidade de trabalho, limitação da vida social e problemas psicológicos. São responsáveis, também, pelo estigma e preconceito contra a doença (MEIMA; RICHARDUS; HABBEMA, 2004).

Mesmo com o aumento da oferta do tratamento e de sua eficácia, muitos pacientes progredirão para disfunção do nervo e as deformidades provenientes desta.

Um dos fatores que levam ao quadro de deformidade são as reações hansênicas, fenômenos agudos sobrepostos à evolução crônica e insidiosa da hanseníase, potencialmente responsáveis por perda funcional de nervos periféricos e agravantes das incapacidades. São decorrentes do processo inflamatório e resposta imunológica, mediados por antígenos do *Mycobacterium leprae*, e estabelecem relação com a carga bacilar e a resposta imune do hospedeiro (FOSS, 2003), podendo levar a um agravamento do processo inflamatório do nervo e, conseqüentemente, da função neural (GARBINO, 2003), devido ao edema e a pressão exercida no nervo.

Um paciente com hanseníase pode ter reação antes do diagnóstico, no diagnóstico, durante o tratamento e mesmo depois da conclusão do tratamento, com a maioria das reações ocorrendo no primeiro ano após o diagnóstico, e até por muitos anos após o tratamento nos pacientes multibacilares.

As formas de apresentação das reações hansênicas são apresentadas a seguir:

Quadro 1. Características das reações hansênicas.

	Reação Tipo I ou Reação Reversa	Reação Tipo II ou Eritema Nodoso Hansênico (ENH)
Início	Antes do tratamento com PQT ou nos seis primeiros do tratamento. Pode ser a primeira manifestação da doença.	Pode ser a primeira manifestação da doença. Pode ocorrer durante ou após o tratamento com PQT.
Causa	Processo de hiper-reatividade imunológica em resposta ao antígeno (bacilo ou fragmento bacilar).	Processo de hiper-reatividade imunológica em resposta ao antígeno (bacilo ou fragmento bacilar).
Forma Clínica	Tuberculóide. Dimorfa.	Virchowiana. Dimorfa (às vezes).
Comprometimento	Localizado. O comprometimento sistêmico não é freqüente.	Sistêmico e freqüente. Febre, astenia, mialgias, náuseas, dor articular.
Manifestações clínicas	Aparecimento de novas lesões. Reagudização de lesões antigas. Dor espontânea nos nervos periféricos. Aumento ou aparecimento de áreas hipoanestésicas ou anestésicas.	Lesões preexistentes inalteradas. Lesões papulosas, em placas ou nodulares, eritematosas ou necrotizantes. Dor a palpação nos nódulos.
Edema	Lesões. Nervos.	Mãos. Pés. Testículo e Outros Órgãos.
Envolvimento Neural	Freqüente.	Menos freqüente.
Fatores associados	Febre e mal-estar ocasionais. Edema de mãos e pés. Aparecimento brusco de mão em garra e pé caído.	Febre e mal-estar, freqüentes. Inflamação de órgãos e outras estruturas (nervos, olhos, rins, testículos, vasos, articulações, tendões, etc).
Evolução	Lenta. Podem ocorrer sequelas neurológicas e complicações.	Rápida. O aspecto necrótico pode ser contínuo, duradouro e apresentar complicações graves.

Fonte: Brasil, 2009a.

As reações que ocorrem nas formas tuberculóide e dimorfa dependem da imunidade celular. São chamadas reação tipo 1 ou Reação Reversa. Aquelas que ocorrem na forma virchowiana dependem da imunidade humoral e são chamadas reações tipo 2 ou Eritema Nodoso Hansênico (OPROMOLLA, 2000).

Ainda como manifestação da reação tipo 2 temos, segundo Opromolla; Ura (2002), o

fenômeno de Lúcio, caracterizado, nas palavras de Pereira-Jr (1993) como:

“[...] necrotização devida a capilarite superficial de lesões de eritema nodoso ou de eritema polimorfo surgidos na evolução de uma reação hansênica, em pacientes com ou sem hansenomas. Reação de Medina negativa. Resposta a terapêutica pela talidomida.”

Deve-se examinar cuidadosamente o paciente de modo a detectar as reações, visto seu potencial danoso ao nervo, e também que alguns pacientes não apresentarão sinais ou sintomas claros de inflamação e as reações nem sempre são semelhantes.

2.3 Neurite / Neuropatia

Para nos situarmos melhor quanto aos termos, recorremos a Duerksen; Virmond (1997) que nos dizem que o termo neurite significa inflamação dos tecidos neurais, mas como nem todo comprometimento neural é consequência de infecção ou inflamação, o termo neuropatia é preferencialmente empregado, com permutação na utilização de ambos.

A hanseníase é a doença neuromuscular tratável mais frequente. Mesmo assim, todos os anos milhares de pacientes desenvolvem dano permanente no nervo devido à doença (VAN BRAKEL et al., 2008), que quando não diagnosticada e tratada precocemente, pode evoluir com diferentes tipos e graus de incapacidades físicas envolvendo mãos, pés e olhos (CARVALHO; ALVAREZ, 2000).

O *M. leprae* tem tropismo por nervos, preferência para se instalar e desenvolver dentro dessas estruturas, especificamente dentro da célula de Schwann. Os nervos são componentes do Sistema Nervoso Periférico, formados por conjuntos de fibras nervosas e fazem a ligação do Sistema Nervoso Central com o corpo pela transmissão de impulsos nervosos. São diferentes tipos de fibras, que transmitem impulsos sensoriais e estimulatórios, responsáveis pela sensibilidade, contração muscular e estimulação de glândulas e órgãos.

O acometimento do nervo é o ponto essencial para a ocorrência dos danos físicos que podem levar a incapacidades e deformidades (SCOLLARD et al., 2006). De fato, a neuropatia com perda da sensibilidade e paralisia muscular é a causa de muita incapacidade na hanseníase (OPROMOLLA; BACCARELLI, 2003).

A hanseníase envolve a pele e pode envolver outros órgãos, mas é essencialmente uma doença de nervos periféricos (BRYCESON; PFALTZGRAFF, 1990). A maior parte dos impedimentos, deformidades e incapacidades que os pacientes com hanseníase têm de enfrentar estão relacionados com a neuropatia (DUERKSEN, 2004). Segundo Opromolla; Ura (2002):

“As lesões neurológicas na hanseníase ocorrem em todas as formas clínicas. Na forma indeterminada, somente os ramúsculos cutâneos são acometidos. Nas demais formas, há lesões ramusculares, mas o comprometimento característico é uma mononeurite múltipla. Na forma tuberculóide, esse comprometimento é intenso e pouco extenso; nos dimorfos, é extenso e intenso; e, nos virchowianos, é extenso e pouco intenso. Neste último caso, as incapacidades aparecem, em geral, tardiamente.”

Considerando isso, temos um terceiro tipo de reação, dado por Nery (2006), denominada neurite aguda ou neurite isolada, caracterizada por dor espontânea ou à compressão de tronco nervoso, acompanhada ou não de espessamento, sem estar associada a quadro cutâneo de reação tipo 1 ou 2.

Kahawita; Walker; Lockwood (2008) citam ainda a neuropatia silenciosa, termo proposto por Van Brakel e Khawas para descrever o fenômeno de diminuição da capacidade funcional do nervo com ausência de sintomas, que é detectada com um exame cuidadoso da função do sistema nervoso periférico.

O quadro seguinte apresenta com maiores detalhes os sinais e sintomas das neurites:

Quadro 2. Sinais e sintomas das neurites.

	Neurite aguda ou neurite isolada	Neurite silenciosa
Queixa	Dor aguda Alteração de sensibilidade Hipersensibilidade Fraqueza	Ausente
Dor	Sim	Não
Espessamento do nervo	Sim / Não	Sim / Não
Alteração de sensibilidade	Sim / Não	Sim / Não
Alteração da força muscular	Sim / Não	Sim / Não
Como identificar	Dor espontânea ou dor a palpação do nervo e/ou piora da sensibilidade e/ou da força muscular ao exame	Piora da sensibilidade e/ou da força muscular ao exame

Fonte: Brasil, 2010c.

Os nervos comprometidos com maior frequência são o radial, ulnar e mediano nos membros superiores; fibular comum e tibial posterior nos membros inferiores; facial e trigêmeo na face.

O comprometimento das fibras sensitivas leva inicialmente a hipoestesia (diminuição da sensibilidade), evoluindo para anestesia (perda da sensibilidade) nos casos mais graves. Em ambas as situações há risco aumentado de queimaduras, machucaduras, contusões e ulcerações pelo aumento da pressão nas áreas comprometidas. Nesse último caso, se houver infecção, estruturas mais profundas podem ser comprometidas, tais como tendões, músculos, ossos e articulações. A inflamação do osso, denominada osteomielite, pode resultar em necrose e conseqüente reabsorção óssea, que altera a anatomia e função do segmento afetado.

O comprometimento das fibras motoras pode resultar em paresia ou plegia dos músculos de acordo com o nervo envolvido. O comprometimento das fibras autonômicas leva a um prejuízo da função de glândulas sebáceas e sudoríparas e dos folículos pilosos,

promovendo a perda da hidratação da pele e perda de pêlos. A pele torna-se ressecada e inelástica, o que favorece o aparecimento de fissuras, que quando não são bem observadas, podem infeccionar e comprometer estruturas mais profundas.

Com a presença das garras a mobilidade articular fica diminuída, podendo haver retração da pele e encurtamento muscular, que juntamente com a pele ressecada favorece o aparecimento de fissuras nas dobras articulares.



Figura 4. Seguimento de eventos na hanseníase desde o comprometimento inicial das fibras nervosas até a instalação de deformidades.

Fonte: Brasil, 2010c.

O comprometimento neurológico na hanseníase é mais comum nos membros, provocando perda da sensibilidade e deformidades. Mas muitos profissionais de saúde ignoram que o nariz pode ser envolvido, com consequente destruição da cartilagem nasal, e também os olhos podem ser afetados pela ação do bacilo e nas reações, inclusive levando à cegueira.

A prevenção do dano neural é o diagnóstico precoce, o tratamento da neuropatia com corticosteróides e tratamento com PQT (DUERKSEN, 2004). O diagnóstico precoce, o manejo adequado dos eventos reacionais graves, recorrentes ou crônicos, são desafios atuais (FOSS, 2003).

Em relação ao tratamento medicamentoso das reações e neurites, no caso de reação tipo 1 a medicação específica é a prednisona, na dose de 40 a 60mg/dia, principalmente se houver neurite, com o eventual emprego de analgésicos e anti-inflamatórios não hormonais. Na reação tipo 2 leve, analgésicos e anti-inflamatórios não hormonais são empregados. Se mais moderada ou intensa, administra-se talidomida na dose de 100 a 400mg/dia. Se houver neurite, administra-se prednisona. Ressalta-se que por sua natureza teratogênica, a talidomida não deve ser utilizada por mulheres em idade fértil (OPROMOLLA, 2000; PENNA et al., 2005).

2.4 Estigma

A ação do *Mycobacterium leprae* produz, direta ou indiretamente, cicatrizes e sinais físicos que estão muitas vezes relacionadas com o estigma e distúrbios emocionais dos hansenianos (RICHARDUS; HABBEMA, 2007), o que é reforçado pela ignorância e tradição popular de relação desagradável e incompreensível perante a hanseníase, rejeitando o doente com base em crenças, intensificado pela má aparência que causam as deformidades e pelas ulcerações que podem ocorrer. Por isso é de extrema importância o diagnóstico precoce e o tratamento e acompanhamento corretos, com atenção as intercorrências e conduta adequada frente a elas.

Com vistas à diminuição do estigma da doença, o Doutor Abraão Rotberg propôs, na década de 1970, a mudança do uso do nome lepra para hanseníase, em homenagem ao

cientista Gerhard Armauer Hansen, que descreveu o bacilo. O novo nome foi implantado primeiramente no Estado de São Paulo em Dezembro de 1970. O Ministério da Saúde do Brasil adotou-o em 1975, e sua obrigatoriedade em substituição ao nome lepra deu-se a partir de 1995 (OPROMOLLA; MARTELLI, 2005). Conforme relato de Figueiredo (2006) citando outros autores, a mudança do nome teve influência positiva na redução da negatividade associada à doença e contribuindo para a maior procura de tratamento pelos doentes.

2.5 Prevenção de Incapacidades em Hanseníase

Independente da forma clínica diagnosticada da hanseníase o paciente deve ser muito bem monitorado, visto as intercorrências que podem advir no percurso do tratamento, depois do tratamento ou mesmo já se apresentarem ao diagnóstico.

Por intercorrências deve-se entender a neuropatia da hanseníase, que é a causa das deformidades e incapacidades na doença (OPROMOLLA, 2000) e também as reações, eventos imunoinflamatórios que demandam intervenção imediata (NERY, 2006), ou mesmo deformidades já instaladas, como garras.

Garbino (2003) e Van Brakel et al. (2008) argumentam que uma vez diagnosticada a hanseníase, a neurite e o comprometimento do nervo estão sempre presentes. Todos os pacientes devem obrigatoriamente ser submetidos à avaliação e monitoramento da função neural, durante o tratamento e mesmo após o término da poliquimioterapia, independentemente da presença de queixas.

É importante destacar que mesmo tendo garantia da cura da doença, não podemos dizer que o profissional poderá garantir que o paciente estará livre das reações hansênicas, da perda da funcionalidade ou mesmo de sequelas, durante o tratamento ou muito tempo após a cura. Por isso é patente salientar a importância da avaliação no início e durante o tratamento e

na alta, visto que, muitas vezes, o bom número de avaliações de incapacidades no diagnóstico não é visto na alta (SRINIVASAN, 1994; BRASIL, 2008). Na concepção de Pimentel et al. (2002):

“O tratamento medicamentoso e acompanhamento subsequente demonstram uma influência favorável nas incapacidades físicas apresentadas pelos pacientes, com diminuição do número de pacientes com incapacidades após o tratamento, em comparação com o encontrado no exame inicial.”

A ferramenta utilizada pelos profissionais de saúde para o cuidado do paciente na hanseníase é a Prevenção de Incapacidades em Hanseníase (PI), definida por Virmond; Vieth (1997) como medidas que se propõe evitar a ocorrência de danos físicos, emocionais, espirituais e socioeconômicos. Caso já haja danos instalados, significa medidas que visam evitar as complicações.

A Prevenção de Incapacidades está intimamente associada ao tratamento com poliquimioterapia, devendo ser desenvolvida durante o acompanhamento do paciente e estar integrada às ações na rotina dos serviços de saúde (BRASIL, 2008).

Os elementos componentes da PI são (BRASIL, 2010c):

- Diagnóstico precoce da doença, tratamento regular com PQT e aplicação da BCG em contatos.
- Educação em saúde;
- Detecção precoce e tratamento adequado das reações e neurites, monitoramento da função neural.
- Apoio à manutenção da condição emocional e integração social (família, estudo, trabalho, grupos sociais);
- Realização de autocuidados.

Para o monitoramento da função neural realiza-se a Avaliação Neurológica, ferramenta que busca informações referentes ao comprometimento neural ou às incapacidades

físicas identificadas, que merecem atenção em vista de suas consequências na vida econômica e social dos portadores de hanseníase.

A Avaliação Neurológica deverá ser realizada no início do tratamento, mensalmente - quando possível - ou no mínimo de três em três meses, com maior frequência durante neurites ou reações, na apresentação das queixas e na alta.

A ocorrência da Avaliação Neurológica fornece os dados necessários para se estabelecer o Grau de Incapacidade Física em Hanseníase (GIF), utilizado como indicador de melhora ou piora do paciente.

O Ministério da Saúde preconiza que a avaliação do GIF deve ser realizada obrigatoriamente no momento do diagnóstico e na alta, e também a cada seis meses no tratamento multibacilar, uma vez que este procedimento é fundamental para o planejamento de ações de prevenção de incapacidades e para obtenção de indicadores epidemiológicos (BRASIL, 2005; BRASIL, 2008).

Para uma melhor compreensão da Avaliação Neurológica e do GIF, observemos o quadro seguinte:

Quadro 3. Distinção entre Avaliação Neurológica e Grau de Incapacidade Física.

	Avaliação Neurológica	Grau de Incapacidade Física
Definição	Avaliação da condição do nervo e da função neural.	Medida que indica perda da sensibilidade protetora e/ou presença de deformidades em consequência de lesão neural e/ou comprometimento ocular.
Utilização	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar mudanças na condição do nervo e na função neural. • Identificar neurites precocemente. • Determinar o tratamento necessário. • Monitorar as respostas ao tratamento das neurites. • Determinar a necessidade de intervenção cirúrgica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Indicador epidemiológico utilizado para planejamento e avaliação de programas. • Indicador epidemiológico que pode ser utilizado nos estudos transversais e de coorte. • Pode indicar a precocidade do diagnóstico. • Comparar GIF no início do tratamento e na alta, para determinar melhora ou piora. A piora pode indicar falha do serviço no acompanhamento do paciente. • Pode indicar maior risco de desenvolvimento de reações e de novas incapacidades durante o tratamento e após a alta.
Como é realizado	<ul style="list-style-type: none"> • Fazendo a inspeção. • Ouvindo as queixas. • Palpando os nervos. • Pesquisando a sensibilidade. • Avaliando a força muscular. • Avaliando a acuidade visual. • Avaliando a mobilidade articular. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fazendo a inspeção. • Pesquisando a sensibilidade. • Avaliando a acuidade visual. • Avaliando a mobilidade articular. • Registrando os achados.
Quando se realiza	<ul style="list-style-type: none"> • No início do tratamento. • A cada três meses (ou mensalmente quando possível). • Com maior frequência durante neurites e reações, ou quando houver suspeitas, durante ou depois do tratamento. • Na alta. • Antes e depois de intervenções como cirurgias, prescrição de exercícios, autocuidados, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • No início do tratamento. • Na alta.

Fonte: Brasil, 2010c.

Como se observa no quadro 3, o registro dos achados na avaliação do paciente é parte integrante e não dissociada do protocolo de avaliação. Essas notações são imprescindíveis para comparação do estado do paciente em diferentes épocas do tratamento, para pesquisas e planejamento de ações e também necessárias para outro profissional se orientar caso haja necessidade de encaminhamento ou transferência de domicílio, por exemplo.

Por ser uma doença crônica, é necessário o registro de informações relativas ao acompanhamento dos casos, permitindo monitorar a prevalência e a efetividade do tratamento.

A avaliação neurológica inclui: história da doença, ocupação e atividades diárias, queixas do paciente, inspeção, palpação dos nervos, teste de força muscular, teste de sensibilidade.

Para se realizar notações deve-se fazer uso da ficha de Avaliação Neurológica, padronizada pelo Ministério da Saúde. A sequência de avaliação inicia-se com a identificação do paciente, com nome, data de nascimento, ocupação, sexo, município de residência, classificação operacional, início e término da PQT e queixas. A avaliação propriamente inicia-se na face, com inspeção do nariz, inspeção, teste de força muscular (FM) e sensibilidade nos olhos; segue-se palpação de nervos nos membros superiores, avaliação da FM e sensibilidade nas mãos; palpação dos nervos nos membros inferiores, avaliação da FM e sensibilidade nos pés.

Com os dados obtidos na Avaliação Neurológica preenche-se o formulário também padronizado para avaliação do GIF, que é estabelecido de acordo com os seguintes achados apresentados a seguir:

Quadro 4. Achados para estabelecimento do GIF:

Grau 0	Nenhum problema com os olhos, mãos e pés devido à hanseníase.
Grau 1	Diminuição ou perda da sensibilidade nos olhos e/ou nas mãos e/ou pés.
Grau 2	Olhos: lagoftalmo e/ou ectrópio; triquíase; opacidade corneana central; acuidade visual menor 0,1 ou não conta os dedos a 6 metros de distância. Mãos: lesões tróficas e/ou lesões traumáticas; garras; reabsorção; mão caída. Pés: lesões tróficas e/ou traumáticas; garras; reabsorção; pé caído; contratura do tornozelo.

Fonte: Brasil, 2010c.

O desejado é que os pacientes tenham grau zero de incapacidade nas avaliações, mas como já visto isso não ocorre devido a vários fatores.

A presença de incapacidades no momento do diagnóstico da hanseníase indica diagnóstico tardio, o que pode traduzir ineficácia do Programa de Controle na detecção de casos.

Sabemos que muitos danos físicos resultantes da lesão de nervos periféricos na hanseníase podem ser evitados. Para tanto, é necessário que realizemos uma avaliação sistemática e regular, como parte integrante da ação de controle da hanseníase. O exame neurológico possibilita diagnóstico e tratamento precoces das neurites, bem como o acompanhamento da evolução. Oferece aos profissionais de saúde subsídios objetivos para a determinação de condutas (LEHMAN, 2009).

Muitos estudos mostram a importância do diagnóstico precoce da hanseníase e da avaliação e acompanhamento na prevenção de incapacidades, “tendo ambos um forte impacto na redução e inibição do aparecimento de incapacidades” (NARDI; PASCHOAL; ZANETTA, 2005). Também Pimentel et al. (2003) apontam em seu estudo a susceptibilidade para neurites e incapacidades de indivíduos com presença de dano neural ao diagnóstico da hanseníase. Ainda segundo Virmond; Vieth (1997):

“[...] como a incapacidade se encontra muito próxima do diagnóstico, a possibilidade de sua instalação é mais ligada ao tempo do que às ações médicas de controle. Desta forma, é urgente corrigir esta distorção, elevando as ações de prevenção de incapacidades ao seu lugar de direito e necessidade, isto é, iniciá-las no momento do diagnóstico da doença.”

A avaliação periódica de incapacidades físicas é parte integrante do acompanhamento do paciente, e pode ser realizado por qualquer profissional que tenha sido capacitado para essa tarefa (LEHMAN et al., 2009). Essas ações devem integrar o tratamento da hanseníase simultaneamente ao tratamento medicamentoso (NARDI; PASCHOAL; ZANETTA, 2005). Também, a regularidade do tratamento é fundamental para a cura do paciente e a prevenção de incapacidades é atividade primordial durante o tratamento e após a alta.

De acordo com Lehman et al. (2009) “a realização da avaliação neurológica de forma sistemática e regular pode identificar precocemente danos neurais que, se tratados adequadamente, podem evitar deformidades e incapacidades”.

Essa afirmação é corroborada por Srinivasan (1994), que indica que o agravamento da lesão nervosa descoberta a tempo e tratada adequadamente se recupera na maior parte dos casos, evitando que evolua para incapacidades. E que a descoberta da progressão da lesão só é possível com exame periódico e sistemático dos pacientes em busca de indícios do agravamento da perda funcional.

Fuzikawa (2007) também reafirma a importância da prevenção das incapacidades, uma vez que os custos de seu tratamento são elevados e o resultado nem sempre é satisfatório, e que apesar da ênfase dada ao tratamento medicamentoso, a detecção e tratamento de reações e neurites são imprescindíveis para se impedir que sobrevenham incapacidades.

No caso de identificação de reações ou neurites, medidas adequadas devem ser tomadas na própria unidade de saúde ou o paciente encaminhado para uma unidade de referência quando necessário. O paciente também deve ser orientado a realizar uma rotina de procedimentos de autocuidados apropriados ao seu caso (BRASIL, 2002).

Para Carvalho e Alvarez (2000) há uma preocupação frequente dos profissionais com as deformidades visíveis e já instaladas, devendo, contudo, as atenções também serem voltadas para a prevenção de novas deformidades, principalmente quando se tem instrumentos confiáveis para detecção.

Nardi (2005) observa que todo profissional de saúde deve estar atento para diagnosticar e tratar precocemente qualquer indício de lesão neural a fim de evitar incapacidades futuras. Opromolla e Baccarelli (2003) afirmam que os profissionais de saúde devem estar muito bem treinados para realizar o diagnóstico da hanseníase e, nesse sentido, o Ministério da Saúde e a OMS têm disponibilizado cursos e materiais educativos de alta qualidade para que isto seja real.

É de responsabilidade dos estados e municípios possibilitar aos profissionais de saúde capacitação em hanseníase, cursos e treinamentos para aprimorarem o conhecimento, ou mesmo obtê-lo, a fim de adquirir habilidade, confiança e competência na realização das técnicas de PI, para detectar sinais da doença desde a primeira queixa apresentada pelo paciente no posto onde recebe o atendimento básico de saúde. Ou quando for o caso, encaminhar o paciente para atendimento especializado. Essas ações contribuirão de maneira significativa para a diminuição dos prejuízos causados pela doença.

Não menos importante é que o profissional tenha interesse em aprender e esteja disposto a praticar o conhecimento. Como bem expressam Duerksen e Virmond (1997) “não há lugar para o uso de técnicas incorretas ou descuidadas e emprego de instrumentos inadequados, com a desculpa de que se trata apenas de um paciente leproso e que ninguém faria algo por ele, de qualquer modo”.

Em Mato Grosso existe uma preocupação frequente da Secretaria de Estado de Saúde (SES/MT) em capacitar novos profissionais de saúde ou mantê-los atualizados. A tabela 3 ilustra o número de profissionais de 16 municípios treinados pela SES/MT em 2009.

Tabela 3. Número de profissionais treinados pela SES/MT em 2009 por categoria profissional e categoria de treinamento.

Categoria Profissional	Número de profissionais por categoria de treinamento					Total
	Hanseníase PI	Tuberculose	Baciloscopia	Sapataria		
Médico	88	-	88	21	-	101
Enfermeiro	73	-	73	63	-	73
Auxiliar de Enfermagem	79	-	79	-	-	79
Agente de Saúde	500	-	500	-	-	500
Bioquímico	10	-	10	10	-	10
Tec. Labor.	4	-	4	4	-	4
Fisioterapeuta	17	65	17	-	-	70
Equipe PSF	500	-	500	-	-	500

Fonte: COVEPI/MT

Kahawita; Walker; Lockwood (2008) depõem que o manejo das reações hansênicas e neuropatias continua a ser um grande desafio. O diagnóstico precoce e tratamento efetivo dessas complicações são essenciais para minimizar o comprometimento da função do nervo, deformidades e incapacidades.

2.6 As Ações de Eliminação da Hanseníase e sua Descentralização

A introdução da poliquimioterapia na década de 1980 no tratamento da hanseníase proporcionou um decréscimo na prevalência mundial da doença. Com base nessa análise, a OMS aprovou, na 44^a Assembléia Mundial de Saúde em 1991, a resolução WHA44.9, em que assumia, tendo como signatários os países endêmicos (entre eles o Brasil), o compromisso de eliminar a hanseníase como problema de saúde pública até o ano 2000, ou seja, redução do coeficiente de prevalência para menos de um caso por 10.000 habitantes. Foi ressaltado então que a deficiência de profissionais capacitados para o atendimento integral do paciente de

hanseníase seria um obstáculo a ser superado (BRASIL, 2000). Para fazer frente a essa deficiência, o Ministério da Saúde assumiu o compromisso de treinar os profissionais envolvidos na assistência dos pacientes de hanseníase.

A integração das atividades de tratamento e controle da hanseníase às estruturas de atenção básica de saúde tem sido motivada desde as décadas de 1960 e 1970 (PIMENTEL, 2004).

Com a promulgação da Constituição Federal em 1988, foram definidas como diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) a universalização, a equidade, a integralidade, a descentralização, a hierarquização e a participação da comunidade. Com as Leis Orgânicas da Saúde que vieram após (n° 8080/90 e n° 8142/90) e as Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde (1993 e 1996), deu-se a consolidação da descentralização da atenção à saúde a nível municipal. As ações em hanseníase, que tinha sua responsabilidade centralizada nos estados, seriam distribuídas para os municípios (YADÓN et al., 2006).

Em 1998 o Brasil incluiu a hanseníase entre os agravos atendidos pela rede básica de saúde, como parte do compromisso da Aliança Global de Eliminação da Hanseníase (PIMENTEL, 2004).

Tendo em vista a dificuldade de se atingir os objetivos firmados em 1991, devida a manutenção de altas taxas de detecção (2/10.000 hab.) e prevalência (5/10.000 hab.) registradas no período de vários anos (YADÓN et al., 2006), principalmente nas regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste, em Novembro de 1999 o Brasil assumiu novo compromisso de eliminação da doença na Terceira Conferência Internacional para a Eliminação da Hanseníase, realizada pela OMS na Costa do Marfim, com a meta sendo estendida para 2005 (BRASIL, 2000).

Assim, em 2001 foi lançado o Plano Nacional de Mobilização e Intensificação de Ações para a Eliminação da Hanseníase e Controle da Tuberculose no Brasil, tendo como

objetivo a redução da prevalência da doença e busca de prevalência oculta, redução das incapacidades físicas e das taxas de abandono do tratamento e também vinculou as ações em Hanseníase aos profissionais do PSF - Programa Saúde da Família (YADÓN et al., 2006).

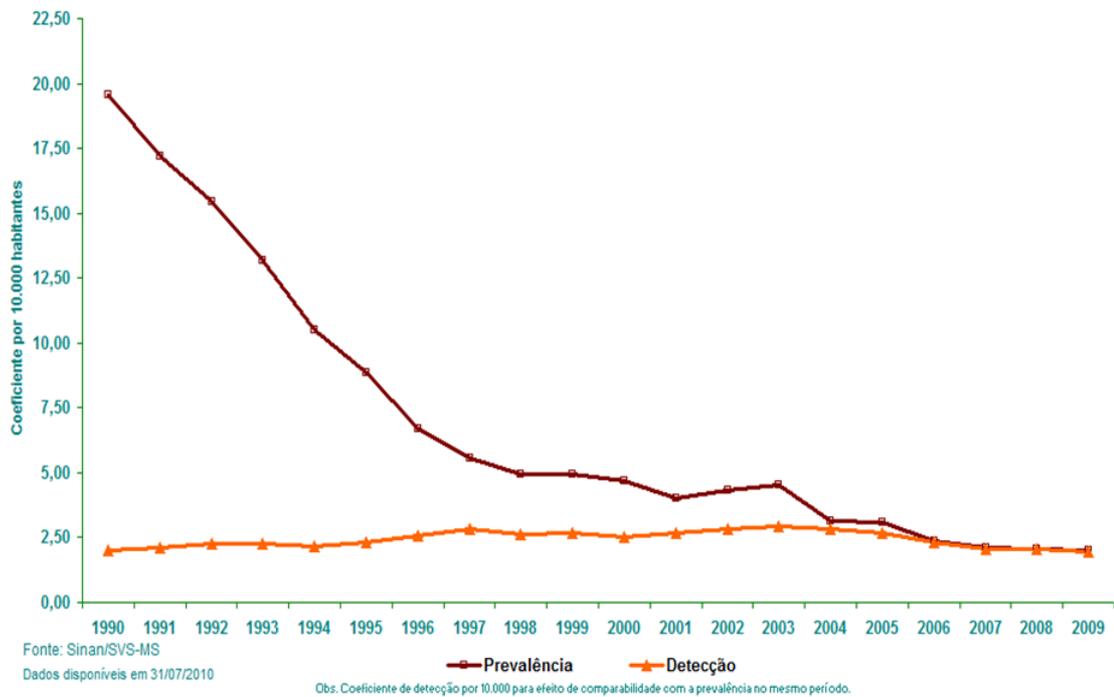


Gráfico 3. Coeficientes de prevalência e detecção da hanseníase no Brasil: 1990 – 2009.
Fonte: SINAN.

Como os resultados que vinham sendo apresentados não se faziam suficientes para alcançar as metas estabelecidas, o Programa Nacional de Controle da Hanseníase foi reestruturado em 2004 e conduzido à qualidade de prioridade de gestão no Ministério da Saúde (YADÓN et al., 2006). Nesse mesmo ano foi lançado o Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase (PNEH).

O objetivo principal do PNEH consistia em eliminar a hanseníase como problema de saúde pública a nível nacional até 2005 e a nível municipal até 2010. Para tanto, foram elaboradas ações que objetivavam:

- Ampliação do acesso ao diagnóstico e tratamento nos municípios de maior

endemicidade para acelerar o processo de eliminação e garantia de tratamento completo nas unidades de saúde;

- Promoção e apoio na capacitação de profissionais da rede básica para diagnóstico, tratamento e acompanhamento, garantindo também uniformidade nas ações desenvolvidas com a normatização dos procedimentos;
- Aperfeiçoamento do sistema de informações para o monitoramento da doença e fomento de ações a partir deste;
- Ampliação da oferta de reabilitação física aos pacientes portadores de deformidades e incapacidades;
- Mobilização da sociedade civil para a promoção de conhecimento sobre a doença e locais de tratamento, realização de campanhas, estímulo a iniciativas regionais, pesquisas, entidades e educação sobre a doença em cursos regulares de ensino.

Em 1999, o Comitê Consultor para a Eliminação da Hanseníase da Organização Mundial de Saúde (OMS) recomendou a descentralização das ações em hanseníase a nível municipal nos países que não haviam alcançado a eliminação, constituindo-se importantes para o sucesso da descentralização as atividades seguintes, de acordo com o Comitê (ANDRADE, 2000):

- Aumento dos esforços para levar o diagnóstico e tratamento o mais próximo possível do paciente pelo clínico geral ou médico de família;
- Fornecimento contínuo e gratuito de PQT aos pacientes,
- Melhora da vigilância e monitoramento em todos os níveis para assegurar os ganhos obtidos;
- Ampliação do comprometimento político e promoção da participação da comunidade nos países endêmicos;
- Anúncio massivo de que a hanseníase é curável, o tratamento esta disponível

gratuitamente e que os pacientes não devem ser discriminados;

- Integrar o controle de hanseníase aos serviços de saúde, com a capacitação do setor primário.

A implantação das ações de controle da hanseníase nas unidades básicas de saúde é tida como uma das soluções para se alcançar a meta de eliminação da doença, tendo custo reduzido por já existir uma estrutura da atenção básica, não haver procedimentos de alta complexidade e pelo fornecimento de medicamentos e outros insumos serem responsabilidade do Estado, e também o planejamento, execução e avaliação das ações de controle serem realizadas pelo município com assessoria do Estado, fazendo parte estratégias como treinamento dos profissionais, diagnóstico clínico, busca ativa de casos novos, tratamento supervisionado, prevenção de incapacidades e educação em saúde. Os municípios passariam então a assumir a gerência do controle de hanseníase a seu nível (BRASIL, 1999; PIMENTEL, 2004).

Arantes et al. (2010) argumenta que o aumento da detecção e no número de casos absolutos da hanseníase no Brasil é devido não apenas a fatores epidemiológicos, mas possivelmente devido também a ações de controle, como treinamento de profissionais, aumento da cobertura do programa, descentralização das ações e divulgação dos sinais e sintomas pelos meios de comunicação.

A importância da descentralização foi verificada por Cunha et al. (2007), com a facilitação do acesso e acréscimo de profissionais capacitados, abrangendo a precocidade do diagnóstico e permitindo redução no número de pacientes com incapacidades, exemplificando assim a precisão dessa estratégia nos municípios, ressaltando, porém, a necessidade ainda de aprofundamentos a respeito para verificar sua aptidão em atingir o objetivo de eliminação da hanseníase.

Outro ponto colocado por Cunha et al. (2007) é o baixo índice de identificação da população dos sintomas iniciais da hanseníase, constituindo estratégia do Ministério da Saúde a recomendação de aumentar o reconhecimento da população sobre esses sintomas.

Não obstante a diligência das atividades desenvolvidas, atualmente observa-se que apesar de ser uma estratégia efetiva e eficiente (MENDES et al., 2008), a descentralização das ações em hanseníase vem enfrentando problemas na prática, como pacientes que chegam a buscar de 2,7 a 4,5 serviços de saúde, públicos ou privados, até ter um diagnóstico correto, atraso na primeira avaliação de incapacidades, menor número de avaliações na alta em relação ao diagnóstico, falta do paciente a dose de PQT supervisionada, irregularidade ou abandono do tratamento e demora na notificação (ARANTES et al., 2010).

Pimentel (2004) ainda observa a alta rotatividade de profissionais capacitados, baixo compromisso e alta rotatividade dos gestores, dificuldade de obtenção de recursos, descentralização incompleta, planejamento inadequado do estoque de medicamentos, entre outros. Mas os detalhes desses problemas práticos não têm tido investigação adequada (MENDES et al., 2008).

2.7 Avaliação em Saúde

A avaliação e o planejamento das ações governamentais têm sua concepção na mudança de papel que o Estado adquire principalmente a partir do pós-guerra, também com a adoção de políticas sociais e a procedente necessidade de analisar os custos e vantagens de suas intervenções. Com as mudanças das relações entre Estado e sociedade e o advento de reformas administrativas que priorizam resultados, a avaliação firma-se como instrumento estratégico em todo o ciclo da gestão pública, desde planejamento da intervenção, acompanhamento de implementação, ajustes, até a manutenção, aperfeiçoamento, mudança ou

interrupção, além de ser decisiva no processo de aprendizagem institucional e contribuir para a busca e obtenção de ganhos das ações governamentais (RUA, 2004).

A avaliação das ações em saúde está estabelecida na legislação do SUS pela Portaria Nº 373 de 27 de Fevereiro de 2002 (Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS) do Ministério da Saúde que em seu artigo 43 diz:

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

As dificuldades pelas quais passam atualmente os sistemas de saúde afiguram a importância e a necessidade da concepção e implantação da avaliação desses sistemas como rotina. São necessárias reformulação e aprofundamento para que sua viabilidade não seja comprometida. Dessa forma gestores, planejadores e clínicos devem impreterivelmente basear suas decisões em conhecimentos científicos sólidos (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

A palavra “avaliar” em sua raiz latina significa medir, a partir de padrões quantificáveis e em grego, seu radical axiós traz a idéia de produção de juízos de valores, ligada a medidas qualitativas. Essa complementaridade que a etimologia permite dá abertura para que várias ciências possam contribuir com o campo da avaliação (SOUZA; SCATENA, 2009).

As principais particularidades do campo da avaliação são a diversidade conceitual e terminológica, a pluralidade metodológica e a multiplicidade de questões consideradas como pertinentes, com um crescente consenso que as diferenças nas abordagens e estratégias metodológicas decorrem dos objetos e circunstâncias, ainda com um reclame de mobilização de diferentes métodos, pesquisa à produção passada e desenvolvimento teórico conceitual para o adequado julgamento sobre o valor de uma intervenção (HARTZ; VIEIRA-DA-SILVA, 2005).

De acordo com Victora (2002), são duas as grandes categorias das avaliações na área da saúde:

- Avaliações de processo: investigam se a intervenção ou serviço está sendo ofertado adequadamente à população, se sua qualidade é apropriada, se a população está efetivamente utilizando o serviço, e se a cobertura alcançada é apropriada.
- Avaliações de impacto: observam o efeito de intervenções ou serviços sobre a morbimortalidade, ou sobre comportamentos diretamente relacionados à saúde.

Como visto, estudar a qualidade do serviço é um dos diversos propósitos da avaliação em saúde, sendo essa qualidade firmada no seguimento de normas, que variam de uma sociedade para outra, sem serem absolutas (LINDEMANN, 2004).

Para Sarti et al. (2008) “a avaliação em saúde é fundamental para o processo de tomada de decisão em qualquer nível do sistema de saúde, contribuindo para a melhoria da qualidade dos serviços prestados a população”, com as atividades em saúde podendo ser avaliadas desde o cuidado individual até níveis mais complexos de intervenção e organização, como políticas, programas, serviços ou sistemas (LINDEMANN, 2004).

Entre as várias definições sobre a aceção de avaliação encontramos a de Malik; Schiesari (SOUZA; SCATENA, 2009) para os quais trata-se de um processo por meio do qual se determina o valor de algo. Ou seja, trata-se de determinar se certo objeto, descrito e especificado, ao qual se apõe uma definição prévia sobre como deveria ser, é bom, mau, correto, incorreto, vale ou não a pena, está sendo realizado da maneira mais eficiente ou mais eficaz.

Muito difundida é a aceção formulada por Contandriopoulos et al. (HARTZ; VIEIRA-DA-SILVA, 2005) para quem a avaliação consiste em fazer um juízo de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões.

Destaca-se que a intervenção é, para esse autor, a reunião dos meios físicos, humanos, financeiros e simbólicos organizados em um conjunto de circunstâncias e em um dado momento para produzir bens ou serviços e modificar uma situação problemática, caracterizando-se por cinco componentes: objetivos; recursos; serviços, bens ou atividades; efeitos; contexto em um dado momento, podendo a intervenção constituir-se uma ação, um serviço, um programa, uma política (HARTZ; VIEIRA-DA-SILVA, 2005). Para estudo deve-se entender a intervenção como as ações de eliminação da hanseníase.

A avaliação de uma intervenção pode dar-se de duas formas, segundo Contandriopoulos et al. (HARTZ, 1997):

- Quando se utiliza de critérios e normas para fazer um julgamento sobre uma intervenção, com a comparação entre os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou os bens produzidos (processo), e os resultados obtidos, trata-se de uma avaliação normativa.

A avaliação em saúde do tipo normativa é um instrumento muito útil na gestão do sistema local de saúde (SOUZA; SCATENA, 2009).

- A pesquisa avaliativa traduz-se como o procedimento que consiste em fazer um julgamento *ex post* (depois do fato; baseado em conhecimento, observação) de uma intervenção usando métodos científicos. Trata-se mais precisamente de analisar a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção, assim como as relações existentes entre a intervenção e contexto no qual ela se situa.

Para Contandriopoulos não há concordância de que a avaliação normativa se configure como pesquisa por não considerar o emprego de metodologias científicas, condição rebatida por Uchimura; Bosi (2002) quando estas colocam que “a análise de programas ou de seus constituintes à luz de critérios e normas, sejam estes cientificamente estabelecidos ou não,

consiste sim em uma atividade científica, que requer para sua execução determinado rigor metodológico”.

Uma pesquisa avaliativa pode ser disposta em seis tipos de análise:

- a) De estratégia: estuda a pertinência da intervenção empregada, isto é a adequação entre a intervenção e a situação problema que deu origem a esta intervenção;
- b) De intervenção: analisa a relação entre os objetivos da intervenção e os meios empregados, recursos humanos, atividades desenhadas;
- c) De produtividade: analisa o modo de utilização dos recursos em relação aos serviços produzidos;
- d) Dos efeitos: avalia a influência (eficácia) dos serviços sobre os estados de saúde;
- e) Do rendimento: analisa os recursos empregados com os resultados obtidos, associando análise de produtividade econômica com análise de efeitos.
- f) Da implantação: mede inicialmente a influência da variação no grau de implantação da intervenção em diferentes contextos. Posteriormente mede os efeitos da interdependência que pode haver entre o contexto, o ambiente no qual a intervenção está implantada e a intervenção em si.

Para o desenvolvimento dos objetivos do presente estudo elegeu-se a **análise da implantação**, em seus itens estrutura e processo, uma vez que as análises de implantação são muito relevantes para a avaliação de programas de saúde porque permitem ao investigador estudar os processos relacionados à operacionalização desses programas (HARTZ; VIEIRA-DASILVA, 2005). O item resultados obtidos da avaliação normativa não é objetivo desse estudo.

A reprodução operacional ou transferência de uma intervenção de saúde do âmbito nacional para o municipal pode ser influenciada por vários elementos teóricos ou práticos. A relação entre a intervenção e seu contexto na produção dos efeitos é o ponto principal da

análise de implantação, e as razões da efetividade dessas ações reclamam a mensuração e a análise das imposições técnicas, éticas ou políticas para o entendimento destas, que estão relacionadas ao sucesso ou resistência organizacional (HARTZ; VIEIRA-DA-SILVA, 2005).

A análise de implantação apoia-se conceitualmente na análise de influência sobre três componentes (HARTZ, 1997):

1. Determinantes contextuais no grau de implantação da intervenção.
2. Das variações da implantação na sua eficácia.
3. Da interação entre o contexto da implantação e a intervenção nos efeitos observados.

O interesse deste estudo conduz à utilização do **componente um** da análise de implantação, uma vez que contempla definir a influência dos fatores contextuais nos efeitos e no grau de implantação da intervenção, que é precisa para o conhecimento da totalidade das intervenções quanto à validade de seu conteúdo (intensidade de realização das atividades e adequação às normas) e quanto ao esclarecimento das diferenças entre as fases de planejamento e execução das ações (HARTZ, 1997).

Uma vez projetada no juízo de valor, a avaliação exige parâmetros para o objeto analisado, sejam eles subjetivos (do próprio avaliador) ou de consenso, com a pretensão da qualidade, sendo expressos nas normas, critérios ou padrões (LINDEMANN, 2004), com o julgamento baseado na avaliação normativa, mas principalmente resultante dos métodos científicos para a tomada de decisões adotada pela pesquisa avaliativa (MOREIRA, 2002).

A avaliação deve servir de suporte ao processo de tomada de decisão, um meio para identificação de problemas e proposta de soluções para a utilização racional de recursos, aglutinada à ideia de eficiência e eficácia das ações e serviços de saúde, constituindo-se instrumento poderoso e estágio fundamental, atividade intrínseca e inseparável do planejamento e gestão em saúde (SOUZA; SCATENA, 2009).

2.8 Avaliação de Programas de Controle da Hanseníase

O programa de controle de hanseníase sempre experimentou fases de apreciação e modificação dos projetos.

Para avaliar os programas de controle de hanseníase o Ministério da Saúde recomenda a análise de indicadores epidemiológicos e operacionais (BRASIL 2010). Os primeiros, essenciais, são utilizados para medir a tendência secular da endemia e determinar o grau de importância do problema na coletividade, sendo também possível estimar a efetividade do programa. Os indicadores operacionais permitem medir a qualidade das ações efetuadas pelos programas de controle da hanseníase.

Os dados para a construção dos indicadores epidemiológicos e operacionais são em sua grande maioria provenientes do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN, excetuando-se dados referentes ao número de municípios com ações de controle implantadas, população coberta pelas ações de controle e de unidades de saúde da rede básica que desenvolvem ações de controle, dados estes disponíveis nas coordenações municipais e estaduais do programa.

Outro instrumento utilizado para avaliação de ações de controle de hanseníase é o *Leprosy Elimination Monitoring* (LEM), proposto pela Organização Mundial de Saúde e que objetiva a coleta de indicadores que descrevam a execução dos serviços de hanseníase em todos os níveis. Permite também avaliar o acesso ao programa e sua cobertura, e descrever o desempenho dos serviços com atividades de hanseníase implantadas. Utiliza informações do SINAN na elaboração de seus indicadores (MOREIRA, 2002).

O Ministério da Saúde realiza avaliações anuais do Programa de Controle da Hanseníase empregando seus instrumentos de avaliação. No entanto, para Moreira (2002), a análise do processo e dos resultados das intervenções empregadas nacionalmente para a

redução da endemia não é auxiliada por esses instrumentos. Dessa maneira, como doença prevalente, a hanseníase reivindica a elaboração de pesquisas avaliativas que auxiliem os gestores na implementação de políticas que eliminem a doença como problema de saúde pública.

O programa de hanseníase do Brasil é considerado um dos mais complexos, podendo atingir estágios de maior desenvolvimento com processos avaliativos, uma vez que se cumpriu o passo mais difícil da avaliação, a formulação de indicadores (FIGUEIREDO, 2006).

Em seu estudo, Vásquez (2007) cita alguns autores que apontam diferenças nos padrões da doença entre as regiões brasileiras, como a distribuição dos casos quanto ao gênero, forma clínica, grau de incapacidade e classificação operacional, fatores esses que podem sobrevir, na observação de Andrade (2000) pela coexistência de cobertura de serviços de diagnóstico e tratamento insuficiente, muitas vezes concentrados nos centros urbanos, a grande mobilização populacional característica de algumas áreas e ausência do conhecimento da comunidade sobre os sinais e sintomas da doença.

A universalização do acesso, a integralidade da assistência e a regionalização, hierarquização e descentralização dos serviços de saúde, princípios do Sistema Único de Saúde, preveem a busca de metodologias de investigação que permitam a transformação da realidade dos serviços e sua adaptação às melhorias necessárias (FELISBERTO, 2001).

Assim, averiguamos a importância da avaliação em saúde, o modelo oficial de avaliação das ações em hanseníase e os esforços para se implantar e descentralizar uma política de saúde para combater essa doença endêmica, de dimensão social trágica e que desvaloriza a posição do paciente.

Desse modo, considerando a afirmação de Hartz (2006) de que o Brasil possui uma política de avaliação primária, com ausência de dispositivos legais, diretrizes ou parâmetros

que busquem claramente garantir a qualidade, credibilidade e reconhecimento da prática da avaliação. Também firmados na assertiva de Moreira (2002), corroborado por Cunha et al. (2007), da necessidade de estudos nas regiões mais carentes do país, refletindo a necessidade de avaliação das ações em hanseníase para que se preencha o espaço que há sobre esse assunto no conhecimento a respeito dos resultados alcançados com as ações em hanseníase e as intervenções direcionadas aos pacientes, buscou-se nesta investigação avaliar a adequação dos serviços de hanseníase, por meio de pesquisa avaliativa, do tipo análise de implantação, que teve por objetivo:

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Avaliar a implantação das ações de controle da hanseníase no município de Cáceres - Mato Grosso e sua descentralização.

3.2 Objetivos específicos

1. Caracterizar o perfil epidemiológico da hanseníase no município no período de 2004 a 2009;
2. Avaliar a estrutura e o processo das ações de controle da hanseníase;
3. Estimar o grau de implantação das ações de controle da hanseníase nas unidades de saúde da atenção básica;
4. Analisar a influência do contexto organizacional na implantação das ações de controle da hanseníase.

4. METODOLOGIA

4.1 Modelo de estudo

Pesquisa avaliativa do tipo análise de implantação da estrutura e processo.

4.2 Área de Estudo

4.2.1 Características do Local da Pesquisa

A pesquisa foi realizada no município de Cáceres, localizado na região sudoeste do Estado de Mato Grosso, microrregião do Alto Pantanal, na margem esquerda do rio Paraguai, a 200 km de Cuiabá, capital do Estado. Possui área territorial de 24.398 km² e população estimada em 87.912 habitantes em 2010, com densidade demográfica de 3,6 hab/km².

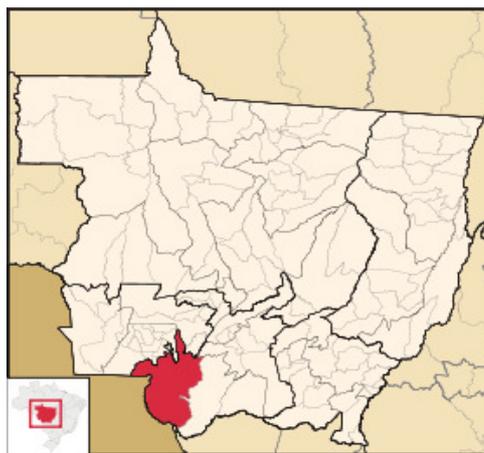


Figura 5. Localização do município de Cáceres – MT.
Fonte: [http://pt.wikipedia.org/wiki/Cáceres_\(Mato_Grosso\)](http://pt.wikipedia.org/wiki/Cáceres_(Mato_Grosso)).

A Vila Maria do Paraguai, centrada em torno da igreja de São Luiz de França foi fundada em 06 de Outubro de 1778 por ordem do capitão-general da capitania de Mato Grosso, Luís de Albuquerque de Melo Pereira e Cáceres, frente à necessidade de defesa e

incremento da fronteira sudoeste da capitania. Foi elevada a categoria de cidade em 1874, com o nome de São Luiz de Cáceres, e em 1938 passou a se chamar apenas Cáceres.

É o quinto município do estado em população e sede da regional de saúde que engloba 12 municípios. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) em 2000 foi 0,801.

Constitui-se importante polo turístico, histórico e esportivo, sendo porta de entrada para o Pantanal mato-grossense; está inserido na Amazônia Legal, como todos os municípios de Mato Grosso.

Considerando os parâmetros do Ministério da Saúde, o município de Cáceres - MT deve ser classificado como hiperendêmico no ano de 2009, apresentando coeficiente de detecção de casos novos de 50,42/100.000 habitantes. O coeficiente de detecção de casos novos em menores de 15 anos nesse mesmo ano foi de 4,11/100.000 habitantes e o coeficiente de prevalência 5,7/10.000 habitantes, ambos classificados como alto.

Na tabela 4 podemos comparar os dados de Cáceres com os dados do Estado de Mato Grosso e do Brasil, quanto aos coeficientes de casos novos, prevalência e casos novos em menores de 15 anos com respectivos parâmetros para perfil epidemiológico.

Tabela 4. Coeficiente de detecção de casos novos, casos em menores de 15 anos e prevalência e suas classificações quanto aos parâmetros para avaliação em Cáceres, Mato Grosso e Brasil, 2009.

	Casos novos	Parâmetro: Hiperendêmico ≥ 40 por 100.000 hab.	Menor de 15 anos	Parâmetro: Alto entre 2,5 e 4,9 por 100.000 hab.	Prevalência por 10.000 hab.	Parâmetro: Alto entre 5,0 e 9,9 por 10.000 hab.
Cáceres	50,42	Hiperendêmico	4,11	Alto	5,7	Alto
Mato Grosso	89,48	Hiperendêmico	17,37	Hiperendêmico	8,75	Alto
Brasil	19,64	Alto	5,43	Muito alto	1,99	Médio

Fonte: SINAN. COVEPI/MT

4.2.2 População do estudo

A população foi constituída pelos prontuários dos casos de hanseníase diagnosticados de 01 de Janeiro de 2004 a 31 de Dezembro de 2009. Esse período foi estabelecido por refletir a reestruturação do Programa Nacional de Controle da Hanseníase e lançamento do Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase em 2004 e o ano de 2009 por ser o último para coorte, visto o tempo limite da pesquisa.

Dada a natureza do estudo, não houve exclusão de prontuários.

Também dez unidades de saúde da zona urbana de Cáceres que realizam ações em hanseníase, sendo nove unidades de saúde da família e a unidade de referência.

Constituíram ainda a população as coordenadoras das unidades de saúde que desenvolvem ações de controle da hanseníase, a gestora do programa de controle da hanseníase (que responde pela coordenação da unidade de referência) e a gestora municipal de saúde, em um total de 11 sujeitos entrevistados.

Uma unidade de saúde da família foi excluída do estudo por não haver casos registrados.

4.3 Instrumentos de coleta de dados

Para o desenvolvimento dos objetivos os dados do estudo foram coletados de modo sistematizado utilizando-se instrumentos fechados e semiestruturados apresentados nos apêndices II, III, IV e V. Os dados foram armazenados em formato de planilha eletrônica no Microsoft Excel® 2010 e trabalhados com auxílio do programa IBM SPSS Statistics 19.

O período de coleta de dados foi de Janeiro a Abril de 2012.

4.4 Procedimentos de coleta de dados

Para seguimento da pesquisa, foi solicitada a Secretaria Municipal de Saúde de Cáceres autorização para a realização das visitas as unidades de saúde para coleta de dados e para investigação nos prontuários e entrevistas.

A autorização para as visitas (APÊNDICE II) foi dada com ressalva para a apresentação do parecer do Comitê de Ética.

Cumprida a exigência, realizaram-se visitas prévias as unidades para explanação do projeto e agendamento das entrevistas e pesquisa nos prontuários. Para os profissionais que se dispuseram, a entrevista foi realizada nessa primeira visita, juntamente com a coleta de dados para avaliação da estrutura e roteiro 1 para análise do processo. As demais entrevistas e a coleta de dados dos prontuários foram realizadas em melhor data determinada pelo profissional. A entrevista com o gestor municipal foi agendada previamente.

Para declaração de concordância em participar da pesquisa foi apresentado e lido para os entrevistados - e assinado por estes e pelo pesquisador quando concordado - um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE I).

4.5 Processamento e análise de dados

4.5.1 Caracterização do perfil epidemiológico

A investigação epidemiológica possibilita aproximação com o objeto e o problema de estudo com a finalidade de obter dados que evidenciam a realidade concreta destes (PEREIRA et al., 2008).

Com a utilização de instrumento fechado (APÊNDICE V) foram extraídas dos

prontuários informações referentes ao número do registro do caso no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN, idade, sexo, forma clínica, raça, procedência, modo de entrada, classificação operacional, grau de incapacidade no diagnóstico e na alta, ano do diagnóstico. Os mesmos dados, com exceção do número do registro, foram colhidos da base de dados do SINAN para comparação das informações.

Na avaliação da amplitude e importância da hanseníase no município foram utilizados alguns dos indicadores epidemiológicos e operacionais estabelecidos pelo Ministério da Saúde para monitoramento e avaliação (BRASIL, 2010):

- Indicadores epidemiológicos: estimam a magnitude ou transcendência do problema de saúde pública, fazendo referência à situação verificada na população em um dado momento ou determinado período (BRASIL, 2009).

Nesta pesquisa foram utilizados os indicadores: (1) Coeficiente de detecção anual de casos novos por 100.000 habitantes; (2) Coeficiente de detecção anual de casos novos de hanseníase na população de 0 a 14 anos por 100.000 habitantes; (3) Proporção de casos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico, entre os casos novos detectados e avaliados no ano; (4) Coeficiente de casos novos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico por 100.000 habitantes; (5) Proporção de casos de hanseníase curados com grau 2 de incapacidade física dentre os casos avaliados no momento da alta por cura no ano.

- Indicadores operacionais: calculam o trabalho realizado, a qualidade das ações e serviços (BRASIL, 2009; BRASIL, 2010).

Nesta pesquisa foram utilizados os indicadores (1) proporção de casos novos de hanseníase com o grau de incapacidade física avaliado no diagnóstico e (2) proporção de casos curados no ano com grau de incapacidade física avaliado.

4.5.2 Avaliação da estrutura e processo

Avaliação da estrutura e processo é componente da análise de implantação, que considera a influência do contexto no qual a intervenção está implantada nos efeitos desta. Orienta-se no estudo dos processos e mudanças ocorridas após a introdução de uma intervenção, não havendo consenso entre os teóricos sobre as variáveis explicativas da implantação da intervenção, com os trabalhos nessa área apoiando-se em uma variedade de modelos conceituais diferentes entre si (HARTZ, 1997).

Para pontuação foi elaborado sistema baseado em Vásquez (2007).

a) **Estrutura:** Consiste na comparação dos recursos da intervenção (quantidade e qualidade) e sua organização com critérios e normas para atingir os resultados esperados. Inclui recursos materiais, humanos, financeiros e características organizacionais utilizados na provisão de cuidados e fundamenta-se na ideia de que a estrutura é pré-condição para a oferta de um cuidado de qualidade (FUZIKAWA, 2007).

Para a avaliação da estrutura foi utilizado formulário estruturado (APÊNDICE II), construído com os itens recomendados pelo Ministério da Saúde para estrutura física das unidades de saúde e para o amparo dos casos de hanseníase (BRASIL; 2008; 2010; 2010b. OPAS, 2003). Foram analisadas nas unidades de saúde as variáveis: instalação física, recursos materiais e recursos humanos capacitados nas ações em hanseníase.

À dimensão *estrutura* foi atribuída pontuação máxima de 40 pontos, divididos entre os itens segundo peso: instalação física (quinze pontos), recursos materiais (quinze pontos) e recursos humanos (dez pontos). A pontuação máxima de cada item foi dividida entre seus subitens de acordo com a especificidade e a soma desses após a avaliação determinou a pontuação obtida pela dimensão estrutura.

O item instalação física foi constituído por vinte subitens para as nove unidades do

programa de saúde da família e dezoito subitens para a unidade de referência. Aos subitens dos PSFs foi atribuída pontuação 0,075 (setenta e cinco milésimos). Os subitens da unidade de referência receberam pontuação 0,083 (oitenta e três milésimos), exceto o subitem Laboratório, que recebeu pontuação 0,089 (oitenta e nove milésimos).

A pontuação máxima para cada uma das dez unidades de saúde foi 1,5 pontos (um ponto e cinco décimos), constituindo assim a pontuação final máxima de quinze pontos para o item instalação física.

Quadro 5. Distribuição da pontuação para os subitens do item instalação física da dimensão estrutura.

nº ordem	Descrição do subitem	Pontuação atribuída	
		PSF	Referência
1	Recepção com arquivo de prontuários	0,075	0,083
2	Sala de Arquivo de prontuários.	0,075	0,083
3	Prontuários agrupados por família	0,075	Não se aplica
4	Sala de Espera	0,075	0,083
5	Sala de Reunião / Educação em saúde	0,075	0,083
6	Sala de agente comunitário de saúde	0,075	Não se aplica
7	Consultório com sanitário	0,075	0,083
8	Sala de Curativo / Procedimento	0,075	0,083
9	Laboratório	Não se aplica	0,089
10	Sala de vacina	0,075	Não se aplica
11	Farmácia	0,075	0,083
12	Sanitário / Banheiro para funcionários	0,075	0,083
13	Sanitário para usuários	0,075	0,083
14	Copa / Cozinha	0,075	0,083
15	Iluminação natural adequada	0,075	0,083
16	Ventilação natural adequada	0,075	0,083
17	Depósito de material de limpeza	0,075	0,083
18	Abrigo de resíduos sólidos	0,075	0,083
19	Depósito de lixo	0,075	0,083
20	Atendimento com porta fechada	0,075	0,083
21	Água potável para PQT supervisionada	0,075	0,083
Total		1,5	1,5

Fonte: Brasil, 2008; 2010. Elaborado pelo pesquisador.

Para análise do item recursos materiais, agrupou-se os subitens em categorias como descrito no quadro 6, com respectiva pontuação atribuída por categoria:

Quadro 6. Distribuição da pontuação para os subitens do item recursos materiais da dimensão estrutura.

Pontuação	Descrição do subitem	Observação
Material para prevenção de incapacidades 0,5	A unidade de saúde possui materiais de prevenção de incapacidades?	
	Estesiômetro.	
	Fio dental sem sabor.	
	Ficha de avaliação neurológica.	
	Ficha de grau de incapacidade.	
	Canetas para marcação.	
	A unidade de saúde possui materiais educativos?	
	Ficha de investigação epidemiológica	
Medicação 0,4	Quantidade de blisters adulto.	Não obrigatório
	Estoque se encontra na unidade de saúde? Se não , onde?	
	Dispensação pela unidade de saúde?	
	Dispensação pela Farmácia Municipal?	
	Blisters dentro da validade?	Não obrigatório
	Copo descartável para PQT supervisionada?	
	Temperatura ambiente adequada para o armazenamento de blisters?	
	Livro de registro de entrada e saída da medicação?	
	Prescrição de talidomida para mulheres com menos de 50 anos?	Não obrigatório
	Analisar prontuário e verificar impossibilidade gravidez.	Não obrigatório
Laboratório 0,2	Exames laboratoriais de apoio?	
	Realiza exame baciloscópio?	Não se aplica aos PSFs.
	BCG Disponível?	
Arquivo 0,4	Arquivo de hanseníase descentralizado?	
	Se SIM , é prontuário único?	
	Livro de registro de casos novos atualizado?	
	Livro Índice?	
	Ordenação.	
	Arquivo de aprazamento atualizado.	
Total 1,5		

Fonte: Adaptado de Brasil, 2010. OPAS, 2003. Elaborado pelo pesquisador.

A pontuação atribuída para cada categoria foi dividida pelos subitens constituintes. A pontuação máxima para cada uma das dez unidades de saúde foi 1,5 pontos (um ponto e cinco décimos), constituindo assim a pontuação máxima final máxima de quinze pontos para o item recursos materiais.

Para o item recursos humanos capacitados nas ações em hanseníase pesquisou-se nas unidades de saúde primeiramente a oferta dos seguintes profissionais: enfermeiro, médico, fisioterapeuta (apenas para a referência), dentista, farmacêutico/bioquímico (apenas para a referência), técnico em enfermagem, auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde (apenas para PSF).

O segundo passo foi verificar se esses profissionais já haviam realizado capacitação em hanseníase em qualquer uma (ou mais de uma) das seguintes categorias pré - definidas: hansenologia, prevenção de incapacidades em hanseníase, reabilitação física em hanseníase.

Foi atribuída pontuação 1,25 (um ponto e vinte e cinco centésimos) para cada uma das oito categorias profissionais. Essa pontuação foi dividida pelo número de profissionais encontrados por categoria. Depois, multiplicou-se o resultado pelo número de profissionais com capacitação em hanseníase por categoria profissional. Assim, a pontuação final máxima para o item recursos humanos capacitados nas ações em hanseníase foi dez pontos.

Se não havia profissional ofertado pela unidade de saúde, atribuiu-se pontuação zero. Da mesma maneira, se o profissional era ofertado, mas não tinha capacitação, também foi atribuída pontuação zero.

b) *Processo:* Investiga em que medida os serviços são adequados para se alcançar os resultados.

Para avaliação do processo foram utilizados instrumentos fechados e semiestruturado para a coleta de informações (APÊNDICE III). Foram analisadas nas unidades de saúde as variáveis: rotina da unidade de saúde, parâmetros de concentração em hanseníase, itens

componentes do prontuário.

À dimensão *processo* foi atribuída pontuação máxima de 60 (sessenta) pontos, divididos entre seus itens segundo peso: rotina da unidade de saúde 20 (vinte) pontos, parâmetros de concentração em hanseníase 25 (vinte e cinco) pontos e composição do prontuário 15 (quinze) pontos. A pontuação máxima de cada item foi dividida entre seus subitens de acordo com a especificidade e a soma desses após a avaliação determinou a pontuação obtida pela dimensão processo.

- Roteiro 1 – **Rotina da unidade de saúde:**

Com a utilização de formulário semiestruturado prosseguiu-se entrevista com os coordenadores das Unidades de Saúde para coleta de informações a cerca dos procedimentos preconizados pelo Ministério da Saúde para acompanhamento dos casos de hanseníase e procedimentos preconizados para Unidades Básicas de Saúde destacadas como Serviço de Atenção Integral em Hanseníase Tipo I (BRASIL, 2010; 2010b), associados a itens do Monitoramento de Eliminação da Hanseníase – LEM (OPAS, 2003).

Foram realizadas trinta e sete perguntas subdivididas em vinte e cinco categorias para pontuação, com valor de 0,8 pontos (oito décimos) cada. Assim, a pontuação final máxima possível para o item rotina da unidade de saúde foi vinte pontos.

Quadro 7. Distribuição da pontuação para os subitens do item rotina da unidade de saúde.

ITENS ANALISADOS	Pontuação atribuída
1. Esta US realiza o diagnóstico de casos de hanseníase?	0,8
2. Qual é o profissional responsável por essa ação?	
3. Esse procedimento faz parte da rotina de atendimento da Unidade?	0,8
4. Todos os profissionais que atuam nesta US conhecem os sinais e sintomas da hanseníase para identificar casos suspeitos?	0,8
5. É realizada coleta de raspado intradérmico para baciloscopia? Se NÃO , onde é realizada?	Não obrigatório.
6. É realizada Avaliação Neurológica e do Grau de Incapacidade Física?	0,8
6.1. No diagnóstico?	
6.2. Na alta?	
7. Qual profissional é responsável por essas ações?	0,8
8. São realizados exames de contatos, com orientação e apoio, mesmo que o paciente esteja sendo atendido em uma unidade de saúde de maior complexidade?	0,8
9. Qual profissional é responsável por essas ações?	
10. É realizada aplicação da BCG em contatos?	Não obrigatório.
11. Esta unidade de saúde realiza o tratamento padrão com poliquimioterapia?	0,8
12. Qual profissional prescreve o tratamento?	
13. Qual profissional é responsável pela dispensação da medicação?	0,8
14. Existe flexibilidade na dispensação da medicação?	0,8
14.1. Quantos dias no mês ocorre a dispensação?	
14.2. É fornecido mais de um mês de tratamento se o paciente solicitar?	
15. Verificar a quantidade de blisters disponíveis para tratamento (em meses) PB e MB.	0,8
16. Blisters estão dentro da validade?	
17. Esta US dá alta por cura?	0,8
18. Qual profissional realiza essa ação?	0,8
19. Esta US realiza o acompanhamento do paciente durante o tratamento e após a alta mesmo que ele esteja sendo atendido em uma unidade de saúde de maior complexidade?	
20. Qual profissional é responsável por essas ações?	0,8
21. Esta US realiza a Prevenção de Incapacidades com técnicas simples e autocuidado apoiado pela equipe?	
22. Qual profissional é responsável por essas ações?	
23. Realiza-se avaliação das técnicas de autocuidados com os pacientes para verificar sua assimilação?	0,8

24. Esta US realiza o encaminhamento de pacientes para outros profissionais ou serviços quando necessário?	0,8
25. Qual profissional é responsável por essa ação?	
26. Esta US desenvolve ações educativas de promoção da saúde no âmbito dos serviços e da coletividade?	0,8
27. Existe um profissional responsável por essas ações?	
28. Observar se há cartazes/pôsteres com informações sobre hanseníase fixados em local visível.	0,8
29. A US realiza a Vigilância Epidemiológica? Se NÃO , onde é realizada?	
29.1. Identificação.	
29.2. Acompanhamento de casos.	0,8
29.3. Exame de contatos.	
29.4. Notificação ao SINAN.	
30. O paciente é examinado quando comparece a US para a dose supervisionada, para verificar reações, efeitos adversos da medicação e dano neural?	0,8
31. Qual profissional é responsável por essa ação?	
32. A US acompanha casos com reação mesmo que o paciente esteja sendo atendido em uma unidade de maior complexidade?	0,8
33. Esta US dispõem de corticóides?	0,8
34. Qual profissional é responsável pela dispensação dessa medicação?	0,8
35. São praticadas atividades de curativo / debridamento? Se NÃO , onde são realizadas?	0,8
36. O paciente faltoso é procurado em até o máximo de 30 dias?	0,8
37. Utiliza-se cartão de aprazamento?	0,8
Total	20

Fonte: Brasil, 2010; 2010b. OPAS, 2003. Elaborado pelo pesquisador.

- Roteiro 2 – **Parâmetros de concentração em hanseníase**

Os parâmetros de concentração fazem parte das diretrizes da Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde (BRASIL, 2006) e projetam a quantidade de ações ou procedimentos necessários para uma população alvo. Utilizou-se de instrumento fechado para coleta de informações nos prontuários dos pacientes acerca de treze dos vinte parâmetros de concentração utilizados para subsidiar a programação das ações em saúde na hanseníase. A pontuação atribuída aos subitens está descrita no quadro seguinte:

Quadro 8. Distribuição da pontuação para os subitens do item parâmetros de concentração em hanseníase da dimensão processo.

Ações / população alvo	Parâmetros	Pontuação atribuída
Consulta médica para pacientes paucibacilares	2 consultas/caso/ano	2
Consulta enfermagem para pacientes paucibacilares	4 consultas/caso/ano	2
Visita domiciliar ACS de saúde para pacientes paucibacilares	6 visitas/caso/ano	2
Baciloscopia de BARR	1 por ano	2
Consulta médica para pacientes multibacilares	3 consultas/caso/ano	2
Consulta de enfermagem para pacientes multibacilares	9 consultas/caso/ano	2
Visita domiciliar ACS para pacientes multibacilares	12 v.d./caso/ano	2
Administração de poliquimioterápico para pacientes paucibacilares	6 doses/caso/ano	2
Administração de poliquimioterápico para pacientes multibacilares	12 doses/caso/ano	2
Número de contatos estimado	4 contatos/caso	2
Consulta médica para avaliação de contatos	1 consulta/comunicante	2
Consulta de enfermagem para avaliação de contatos	4 consultas/comunicante	2
Vacinação BCG em contatos	2 doses/contatos/ano	1
Total		25

Fonte: Adaptado de Brasil, 2006.

Os subitens que obtiveram porcentagem igual ou superior a 70% de constatação nos prontuários de cumprimento dos parâmetros receberam pontuação total. Abaixo disso, receberam meia pontuação ou zero.

- **Roteiro 3 – Itens componentes do prontuário**

Utilizou-se instrumento fechado para verificação nos prontuários dos pacientes da presença de itens que são preconizados para compor o prontuário do paciente de hanseníase:

(1) ficha de avaliação neurológica e do grau de incapacidade, (2) ficha de evolução clínica, (3) ficha de investigação epidemiológica, (4) ficha de exame baciloscópico, (5) pedido de exames laboratoriais para início do tratamento com poliquimioterapia. Também foi verificada notação sobre realização do Grau de Incapacidade no (6) diagnóstico e (7) na alta.

Foi atribuída pontuação 0,18 ponto (dezoito centésimos) para o item pedido de exames laboratoriais e 0,22 pontos (vinte e dois centésimos) para os demais itens, totalizando pontuação máxima de 1,5 (um ponto e cinco décimos) para cada unidade e pontuação final máxima de quinze pontos para o item.

Os subitens que obtiveram porcentagem de constatação nos prontuários igual ou superior a 70% receberam pontuação total. Abaixo disso, receberam meia pontuação ou zero.

Para a proporção final foi atribuído peso quatro para *estrutura* e peso seis para *processo*, alcançando-se a média ponderada, que representa a pontuação máxima a ser obtida para avaliação da estrutura e processo que é 52 (cinquenta e dois) pontos.

4.5.3 Estimativa do grau de implantação

Determinada a média ponderada, o cálculo do Grau de Implantação foi realizado por regra de três simples e classificado de acordo com o quadro:

Quadro 9. Classificação do Grau de Implantação.

Grau de Implantação	Classificação
85% a 100%	Implantado
70% a 84,9%	Aceitável
50% a 69,9%	Insatisfatório
< 50%	Crítico

Adaptado de Ferreira, (2005); Vásquez, (2007).

4.5.4 Análise do contexto organizacional

Pretendeu-se determinar a autonomia política, financeira, administrativa e técnica das ações em hanseníase, baseando-se no modelo de Moreira (2002), que também auxilia na descrição desses conceitos a seguir:

A autonomia política é percebida para o município como a competência para definição e operacionalização de políticas de saúde, de acordo com as políticas nacionais.

Tem-se a autonomia financeira como a aptidão para utilização dos meios pecuniários provenientes das diversas fontes, públicas ou particulares, para promoção do acesso da população à assistência básica em hanseníase.

A autonomia administrativa designa a capacidade do município em acompanhar e avaliar os serviços de hanseníase e a habilidade em definir estratégias e metas próprias relativas às atividades inerentes a esses serviços, como a descentralização do diagnóstico, avaliação do grau de incapacidade física e o tratamento.

Como autonomia técnica tem-se a capacidade do município em disponibilizar à população pessoal capacitado e educação continuada em hanseníase, assim como supervisão, monitoramento e avaliação dos serviços, distribuição e controle da medicação, controle de agravos e sistema de informação.

Para a análise da influencia do contexto organizacional na implantação e descentralização das ações em hanseníase, lançou-se mão de instrumentos semiestruturados (APÊNDICE IV) e realizaram-se entrevistas com as coordenadoras das unidades de saúde, a coordenadora do programa de hanseníase e a gestora municipal de saúde, objetivando o estudo dos indicadores descritivos de autonomia elencados a seguir:

Quadro 10. Distribuição das variáveis pesquisadas na análise do contexto organizacional por dimensão de enquadramento.

Autonomia política	Autonomia financeira	Autonomia administrativa	Autonomia técnica
Tipo de gestão da saúde no município.	Recursos financeiros empregados provenientes dos governos federal e estadual.	Supervisão das unidades.	Qualificação e capacitação dos profissionais que executam as ações em hanseníase
Qualificação dos gestores.	Recursos financeiros próprios do município empregados.	Simultaneidade das coordenações do PSF e do PCH.	Identificação de casos suspeitos e diagnóstico.
Existência do Conselho Municipal de Saúde e registro em atas de reuniões de debates e definições de estratégias para eliminação da hanseníase.	Outras fontes de recursos.	Mudança dos atores locais.	Competência técnica e habilidade na prestação da assistência ao pacientes de hanseníase.
			Garantia do tratamento com oferta da medicação.
Existência de plano de trabalho referente à estratégia de eliminação da hanseníase.	Direcionamento dos recursos.	Instalações adequadas das unidades de saúde.	Número de unidades que desenvolvem ações em hanseníase.
Ações em saúde desenvolvidas de acordo com características epidemiológicas e operacionais.		Materiais de consumo ofertados conforme a necessidade.	Dados do SINAN refletem a realidade local.

Adaptado de Moreira (2002).

As perguntas dos questionários foram categorizadas segundo as dimensões de enquadramento, permitindo analisar a capacidade do município em promover as ações em hanseníase e se elas são realizadas de maneira competente nas unidades de saúde (implantação e descentralização).

4.6 Aspectos éticos

Este estudo cumpre as normas estabelecidas pela Resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP.

O projeto desta pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas – CEP/UFAM, sob protocolo CAAE nº 0485.0.115.000-11, sendo aprovado em 07 de Dezembro de 2011 (ANEXO I).

5. RESULTADOS

5.1 Caracterizar o perfil epidemiológico da hanseníase no município no período de 2004 a 2009;

O número de prontuários de pacientes que realizaram tratamento para hanseníase em Cáceres entre 2004 e 2009 está descrito na tabela seguinte de acordo com o achado em cada unidade de saúde pesquisada.

Tabela 5. Distribuição dos prontuários dos casos de hanseníase por unidade de saúde que acompanham casos e respectivas porcentagens em Cáceres, 2004 - 2009.

Unidade de Saúde	Nº de Prontuários	%
US 1	17	4,1
US 2	21	5,0
US 3	16	3,8
US 4	12	2,9
US 5	18	4,3
US 6	14	3,3
US 7	22	5,3
US 8	07	1,7
US 9	19	4,5
US Referência	273	65,2
Total	419	100,0

Fonte: Prontuários dos casos de hanseníase em Cáceres – MT, 2004-2009.

Podemos verificar um total de 419 prontuários, que indica o número de tratamentos

para a doença que tiveram início no início de cada ano do período descrito.

As informações da base de dados do SINAN indicam que no período de 2004 a 2009 foram registrados 385 casos de hanseníase no município de Cáceres. Há, portanto, diferença de 34 prontuários a mais ou 8,83% de casos.

A tabela 6 apresenta a distribuição dos casos de hanseníase em Cáceres por ano de diagnóstico no período de 2004 a 2009 de acordo com as duas fontes de dados.

Tabela 6. Distribuição dos casos de hanseníase por ano segundo dados dos prontuários dos pacientes atendidos pelas dez unidades de saúde e segundo base de dados do SINAN no município de Cáceres no período de 2004 - 2009.

Ano	Dados dos prontuários	Dados do SINAN
2004	74	72
2005	82	84
2006	71	68
2007	80	69
2008	63	51
2009	49	41
Total	419	385

Fonte: Prontuários dos casos de hanseníase em Cáceres – MT, 2004-2009.
SINAN: Dados por município de notificação.

A distribuição dos casos por modo de entrada pode ser verificada na tabela 7, onde observamos um número importante de recidivas. Também se observa que de acordo com as fichas de notificação/investigação epidemiológica presentes nos prontuários, há 17 casos em que o modo de entrada não foi informado, dado que no SINAN não está registrado.

Tabela 7. Distribuição dos casos de hanseníase por modo de entrada segundo dados dos prontuários dos pacientes atendidos pelas dez unidades de saúde e segundo base de dados do SINAN no município de Cáceres no período de 2004 - 2009.

Modo de Entrada	Dados dos prontuários		Dados do SINAN	
	n = 419	%	n = 385	%
Caso Novo	375	89,5%	360	93,5
Transferência do mesmo município	6	1,4%	7	1,8
Transferência de outro município (mesma UF)	9	2,1%	7	1,8
Transferência de outro estado	1	0,3%	1	0,3
Transferência de outro país	1	0,3%	1	0,3
Recidiva	9	2,1%	9	2,3
Outros Reingressos	1	0,3%	0	0
Não Informado	17	4%	0	0

Fonte: Prontuários dos casos de hanseníase em Cáceres – MT, 2004-2009.
SINAN: Dados por município de notificação.

O número de casos novos distribuídos por ano é apresentado na tabela 8 juntamente com o indicador epidemiológico coeficiente de detecção anual de casos novos por 100.000 habitantes. A construção do indicador está descrita no ANEXO III.

Tabela 8. Coeficiente de detecção anual de casos novos segundo dados dos prontuários dos pacientes atendidos nas dez unidades de saúde e segundo base de dados do SINAN no município de Cáceres - MT no período de 2004 – 2009.

Ano	nº de casos novos segundo dados dos prontuários	Coeficiente de detecção de casos novos*	nº de casos novos segundo SINAN	Coeficiente de detecção de casos novos*
2004	60	69,42	68	78,68
2005	76	85,34	80	89,83
2006	63	69,70	63	69,70
2007	74	80,69	61	66,51
2008	58	66,82	49	56,45
2009	44	50,42	39	44,69

Fonte: Prontuários dos casos de hanseníase em Cáceres – MT, 2004-2009.
SINAN: Dados por município de notificação.
*Coeficiente por 100.000 habitantes.

Apesar da diferença encontrada nas fontes de dados no número de pacientes registrados, os coeficientes calculados colocam o município de Cáceres como hiperendêmico para todo o período estudado segundo o parâmetro para hiperendemia, que é coeficiente de casos novos ≥ 40 casos por 100.000 habitantes.

É possível, porém, verificar a queda desse coeficiente nas duas fontes de dados comparando-se os anos de extremidade do período estudado, cerca de 26,6% de queda pelos dados dos prontuários e 42,6% de queda pelos dados do SINAN.

Na análise da procedência do paciente, se da zona urbana ou rural, constatou-se predominância de pacientes provenientes da zona urbana nas duas bases de dados, com alguns casos anotados como ignorado na ficha de notificação/investigação epidemiológica ou não preenchidos (em branco).

Tabela 9. Distribuição dos casos de hanseníase por procedência segundo dados dos prontuários dos pacientes atendidos pelas dez unidades de saúde e segundo base de dados do SINAN no município de Cáceres no período de 2004 - 2009.

Procedência	Dados dos prontuários		Dados do SINAN	
	n	%	n	%
Urbana	346	82,6	307	79,7
Rural	72	17,2	66	17,1
Ignorado/branco	1	0,2	12	3,1
Total	419	100,0	385	100,0

Fonte: Prontuários dos casos de hanseníase em Cáceres – MT, 2004-2009.

SINAN: Dados por município de notificação.

Observando a tabela 10, que nos revela dados dos prontuários dos pacientes, podemos verificar a predominância da raça parda entre os pacientes acometidos, com 45,3% dos casos, seguidos pela raça branca com 30,5% dos casos e com 33 casos (7,9%) como ignorado/branco.

Tabela 10. Distribuição dos casos de hanseníase por raça segundo dados dos prontuários dos pacientes atendidos pelas dez unidades de saúde no município de Cáceres no período de 2004 - 2009.

Raça	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Total	%
Branca	25	24	21	26	25	7	128	30,5
Preta	12	13	8	12	3	2	50	11,9
Amarela	6	3	0	6	0	0	15	3,6
Parda	17	35	39	33	31	35	190	45,3
Indígena	0	2	1	0	0	0	3	0,7
Ignorado/ branco	14	5	2	3	4	5	33	7,9
Total	74	82	71	80	63	49	419	100,0

Fonte: Prontuários dos pacientes de hanseníase em Cáceres – MT, 2004-2009.

Nos dados colhidos do SINAN em relação à distribuição da hanseníase por raça, verificamos a predominância ainda da raça parda, mas com porcentagem maior, 50,1% dos casos registrados, seguido da raça branca com 31,9%, sem nenhum caso registrado como ignorado/branco no período.

Tabela 11: Distribuição dos casos de hanseníase por raça segundo base de dados do SINAN no município de Cáceres no período de 2004 - 2009.

Raça	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Total	%
Branca	25	26	21	24	20	7	123	31,9
Preta	14	14	8	11	2	2	51	13,3
Amarela	6	2	0	5	0	1	14	3,6
Parda	27	40	38	29	29	30	193	50,1
Indígena	0	2	1	0	0	1	4	1
Ignorado/ branco	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	72	84	68	69	51	41	385	100,0

Fonte: SINAN: dados por município de notificação.

A distribuição da hanseníase por sexo nas duas fontes de dados mostra predominância do sexo masculino com larga diferença.

Tabela 12. Distribuição dos casos de hanseníase por sexo segundo dados dos prontuários dos pacientes atendidos pelas dez unidades de saúde e segundo base de dados do SINAN no município de Cáceres no período de 2004 - 2009.

Ano	Dados dos prontuários			Dados do SINAN		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
2004	46	28	74	43	29	72
2005	53	29	82	56	28	84
2006	47	24	71	48	20	68
2007	48	32	80	45	24	69
2008	33	30	63	33	18	51
2009	28	21	49	23	18	41
Total	255	164	419	248	137	385
%	60,9	39,1	100,0	64,4	35,6	100,0

Fonte: Prontuários dos casos de hanseníase em Cáceres – MT, 2004-2009.
SINAN: Dados por município de notificação.

A forma clínica tuberculóide é a predominante de acordo com os dados dos prontuários (31,5%) e dados do SINAN (31,9%), seguida da forma indeterminada, dimorfa e virchowiana, como apresentado na tabela 13:

Tabela 13. Distribuição dos casos de hanseníase por forma clínica segundo dados dos prontuários dos pacientes atendidos pelas dez unidades de saúde e segundo base de dados do SINAN no município de Cáceres no período de 2004 - 2009.

Forma Clínica	Dados dos prontuários		Dados do SINAN	
	n	%	n	%
Indeterminada	110	26,3	114	29,6
Tuberculóide	132	31,5	123	31,9
Dimorfa	73	17,4	62	16,1
Virchowiana	68	16,2	57	14,8
Não Classificado	06	1,4	11	2,9
Não Informado	30	7,2	18	4,7
Total	419	100,0	385	100,0

Fonte: Prontuários dos casos de hanseníase em Cáceres – MT, 2004-2009.
SINAN: Dados por município de notificação.

Na distribuição dos casos de hanseníase por classificação operacional, é possível observar maior número de casos paucibacilares nas duas fontes de dados, apesar da não concordância nos dados.

Tabela 14: Distribuição dos casos de hanseníase por classificação operacional segundo dados dos prontuários dos pacientes atendidos pelas dez unidades de saúde e segundo base de dados do SINAN no município de Cáceres no período de 2004 - 2009.

Dados dos prontuários				Dados do SINAN		
Ano	Paucibacilar Total / %	Multibacilar Total / %	Total	Paucibacilar Total / %	Multibacilar Total / %	Total
2004	46 / 62,1	28 / 37,9	74	47 / 65,3	25 / 34,7	72
2005	56 / 68,3	26 / 31,7	82	59 / 70,2	25 / 29,8	84
2006	50 / 70,4	21 / 29,6	71	50 / 73,5	18 / 26,5	68
2007	55 / 68,8	25 / 31,2	80	44 / 63,8	25 / 36,2	69
2008	40 / 63,5	23 / 36,5	63	31 / 60,8	20 / 39,2	51
2009	25 / 51	24 / 49	49	26 / 63,4	15 / 36,6	41
Total	272	147	419	257	128	385
%	64,9	35,1	100,0	66,8	33,2	100,0

Fonte: Prontuários dos casos de hanseníase em Cáceres – MT, 2004-2009.

SINAN: Dados por município de notificação.

Na distribuição da hanseníase por faixa etária, de acordo com as duas fontes de dados a doença atinge principalmente a população em faixa de idade ativa, com 73,8% dos casos entre 20 e 59 anos segundo dados dos prontuários.

Tabela 15. Distribuição dos casos de hanseníase por faixa etária segundo dados dos prontuários dos pacientes atendidos pelas dez unidades de saúde no município de Cáceres no período de 2004 - 2009.

Distribuição por faixa etária segundo dados dos prontuários											
Ano	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 39	40 a 59	60 a 64	65 a 69	70 a 79	80 e mais	Total
2004	0	1	0	2	26	29	4	4	6	2	74
2005	0	3	2	8	32	26	8	1	1	1	82
2006	0	2	1	2	24	31	5	2	2	2	71
2007	1	0	2	3	26	31	5	2	8	2	80
2008	0	1	2	6	20	26	1	3	3	1	63
2009	0	1	0	1	21	17	2	4	1	2	49
Total	1	8	7	22	149	160	25	16	21	10	419
%	0,2	1,9	1,7	5,3	35,6	38,2	6,0	3,8	5,0	2,4	100

Fonte: Prontuários dos casos de hanseníase em Cáceres – MT, 2004-2009.

A representação gráfica permite melhor destaque desses dados.

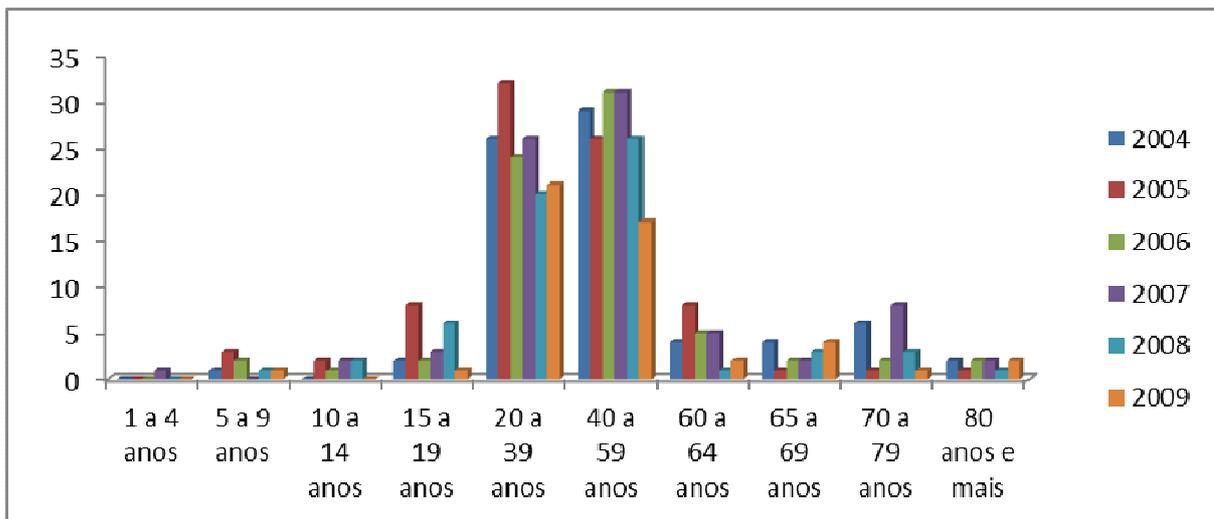


Gráfico 4. Distribuição dos casos de hanseníase por faixa etária segundo dados dos prontuários dos pacientes atendidos pelas dez unidades de saúde no município de Cáceres no período de 2004 - 2009.

Fonte: Prontuários dos casos de hanseníase em Cáceres – MT, 2004-2009.

Com dados do SINAN, são 74,2% de casos na faixa etária produtiva no período referido.

Tabela 16. Distribuição dos casos de hanseníase por faixa etária segundo base de dados do SINAN no município de Cáceres no período de 2004 - 2009.

Distribuição por faixa etária segundo base de dados do SINAN											
Ano	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 39	40 a 59	60 a 64	65 a 69	70 a 79	80 e mais	Total
2004	0	0	0	3	28	29	4	3	4	1	72
2005	0	3	0	8	34	27	5	2	3	2	84
2006	0	2	1	3	20	32	5	2	1	2	68
2007	1	0	2	2	22	28	5	2	6	1	69
2008	0	1	2	4	16	19	2	2	3	2	51
2009	0	1	0	1	18	13	2	5	0	1	41
Total	1	7	5	21	138	148	23	16	17	9	385
%	0,3	1,8	1,3	5,5	35,8	38,4	6,0	4,2	4,4	2,3	100

Fonte: SINAN: Dados por município de notificação.

Os dados de faixa etária permitem também calcular o coeficiente de detecção anual de casos novos de hanseníase na população de 0 a 14 anos por 100.000 habitantes, representado na tabela 17. Tanto os dados dos prontuários quanto os dados do SINAN demonstram números altos de detecção entre 2005 e 2008, com coeficientes apontando hiperendemia nesse período. Para 2004, os dados dos prontuários demonstram coeficiente alto enquanto no SINAN não há registro de casos. Para 2009, as duas fontes de dados apontam coeficiente alto.

Tabela 17. Distribuição dos casos de hanseníase em menores de 15 anos segundo dados dos prontuários dos pacientes atendidos pelas dez unidades de saúde e segundo base de dados do SINAN no município de Cáceres no período de 2004 - 2009.

Número de casos e coeficiente de detecção em menores de 15 anos				
Ano	Dados dos prontuários	Coeficiente de detecção*	Dados do SINAN	Coeficiente de detecção*
2004	1	3,59	0	0,00
2005	5	17,41	3	10,45
2006	3	10,29	3	10,29
2007	3	11,39	3	11,39
2008	3	12,22	3	12,22
2009	1	4,11	1	4,11
Total	16	Parâmetro: $\geq 10,00/$ 100.000 hab. Hiperendêmico	13	Parâmetro: $\geq 10,00/$ 100.000 hab. Hiperendêmico

Fonte: Prontuários dos casos de hanseníase em Cáceres – MT, 2004-2009.

SINAN: Dados por município de notificação.

*Coeficiente de detecção por 100.000 habitantes.

Os dados quanto à avaliação do grau de incapacidade no diagnóstico e na alta estão apresentados nas tabelas seguintes:

Tabela 18. Distribuição dos casos de hanseníase por grau de incapacidade avaliado no diagnóstico segundo os dados dos prontuários dos pacientes atendidos pelas dez unidades de saúde e segundo base de dados do SINAN no município de Cáceres no período de 2004-2009.

Grau de Incapacidade no Diagnóstico												
Ano	Dados dos prontuários						Dados do SINAN					
	0	I	II	NA	NI	Total	0	I	II	NA	NI	Total
2004	26	17	3	15	13	74	36	16	3	17	0	72
2005	37	30	4	7	4	82	47	25	1	11	0	84
2006	43	21	0	3	4	71	46	11	0	9	2	68
2007	47	15	2	7	9	80	39	14	3	11	2	69
2008	29	26	0	3	5	63	19	23	1	6	2	51
2009	18	23	1	2	5	49	19	15	1	5	1	41
Total	200	132	10	37	40	419	206	104	9	59	7	385

Fonte: Prontuários dos casos de hanseníase em Cáceres – MT, 2004-2009.

SINAN: Dados por município de notificação.

Tabela 19. Distribuição dos casos de hanseníase por grau de incapacidade avaliado na alta segundo os dados dos prontuários dos pacientes atendidos pelas dez unidades de saúde e base de dados do SINAN no município de Cáceres no período de 2004 - 2009.

Grau de Incapacidade na Alta												
Dados dos prontuários							Dados do SINAN					
Ano	0	I	II	NA	NI	Total	0	I	II	NA	NI	Total
2004	28	8	2	16	14	68	28	6	2	23	13	72
2005	35	11	0	24	5	75	31	8	1	33	11	84
2006	36	8	0	16	9	69	37	4	0	15	12	68
2007	35	12	0	18	13	78	34	8	2	10	15	69
2008	21	19	0	15	6	61	7	10	5	2	27	51
2009	19	11	1	10	5	46	14	14	2	9	2	41
Total	174	69	3	99	52	397	151	50	12	92	80	385

Fonte: Prontuários dos casos de hanseníase em Cáceres – MT, 2004-2009.

SINAN: Dados por município de notificação.

Nos números da tabela 19 relativos aos prontuários, temos ainda que contam como não avaliados 6 óbitos, 2 abandonos e 14 transferências, resultando nos 419 prontuários. Esses dados não coincidem com os dados do SINAN, que apresentam 8 óbitos, 9 abandonos e 8 transferências, além de 45 saídas não preenchidos.

A partir dos dados de avaliação do grau de incapacidade obtidos nos prontuários e no SINAN, temos a construção do indicador epidemiológico (1) proporção de casos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico, entre os casos novos detectados e avaliados no ano. Também foram construídos os indicadores operacionais (1) proporção de casos novos de hanseníase com o grau de incapacidade física avaliado no diagnóstico e (2) proporção de casos curados no ano com grau de incapacidade física avaliado.

Tabela 20. Indicadores epidemiológicos (1) e (2) e indicadores operacionais (1) e (2) de avaliação do grau de incapacidade.

	Indicadores epidemiológicos				Indicadores operacionais			
	Dados dos prontuários		Dados do SINAN		Dados dos prontuários		Dados do SINAN	
Ano	(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	(2)
2004	-	-	5,5%	-	62,2%	55,9%	76,4%	50,0%
2005	5,6%	-	1,4%	-	86,6%	61,3%	86,9%	47,6%
2006	0,0%	-	0,0%	-	90,1%	63,8%	83,8%	60,3%
2007	3,1%	-	5,4%	-	80,0%	60,3%	81,2%	63,8%
2008	0,0%	-	2,3%	-	87,3%	65,6%	84,3%	43,1%
2009	2,4%	-	2,9%	-	85,7%	65,3%	85,4%	73,2%

Fonte: Prontuários dos casos de hanseníase em Cáceres – MT, 2004-2009.

SINAN: Dados por município de notificação.

Obs: Os dados não assinalados não puderam ser calculados por não atenderem ao critério para cálculo, explanado no ANEXO III.

De acordo com os parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde (ANEXO III), para os dados colhidos nos prontuários o indicador epidemiológico (1) é classificado como médio para 2005 e baixo para os demais anos. Para os dados colhidos no SINAN, temos o indicador classificado como médio em 2004 e 2007 e baixo nos demais anos do período.

Não foi possível calcular o indicador epidemiológico (2) proporção de casos de hanseníase curados com grau 2 de incapacidade física dentre os casos avaliados no momento da alta por cura no ano por não atender o critério para cálculo, que é a obtenção de percentual maior ou igual a 75% de casos com grau de incapacidade física avaliado.

O indicador operacional (1) é classificado como precário em 2004, bom em 2006 e regular no restante do período para os dados colhidos nos prontuários. Para os dados do SINAN, temos o indicador classificado como regular para todo o período analisado.

O indicador operacional (2) é classificado como precário para o período estudado com a análise das informações das duas fontes de dados.

5.2 Avaliar a estrutura e o processo das ações de controle da hanseníase;

- Estrutura

Na avaliação da estrutura o item melhor pontuado foi recursos materiais, com 87,98% dos pontos, ficando classificado como implantado. Depois temos recursos humanos capacitados, com 67,5% dos pontos e instalação física, com 66,3% dos pontos, ambos os itens classificados como insatisfatório. No conjugado, a dimensão estrutura obteve 29,9 pontos (vinte e nove pontos e nove décimos), ficando classificada como aceitável.

No item recursos materiais as insuficiências referem-se aos subitens para prevenção de incapacidades: *fio dental sem sabor, canetas para marcação e materiais educativos*; subitens de medicação: *temperatura ambiente adequada para armazenamento da medicação e livro de registro de entrada e saída de medicação*; subitens do arquivo: *livro de registro de casos novos atualizado, arquivo de aprazamento atualizado*. As unidades de saúde mais bem colocadas nesse item, excetuando-se a unidade de referência, foram US2 e US7.

No item recursos humanos capacitados nas ações em hanseníase há limitações quanto à presença de médicos e odontólogos capacitados em hanseníase nas unidades, sendo que dos últimos nenhum tem capacitação e três dos nove médicos dos PSFs não tem treinamento. Bastante importante é a informação que a unidade de saúde de referência não possui profissional fisioterapeuta, o que pode prejudicar as ações em prevenção de incapacidades. Também três técnicos de enfermagem das unidades PSF não tem treinamento.

Nesse item, os subitens mais bem colocados foram enfermeiro, farmacêutico/bioquímico, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde.

Não foi atribuída pontuação individual para as unidades de saúde na avaliação da estrutura, mas as unidades com melhor desempenho que foram US4, US5 e US7. A unidade

de referência não foi elencada por não possuir profissional fisioterapeuta.

No item instalação física, os subitens observados como insuficientes foram principalmente: *sala de espera, sala de reunião/educação em saúde, sala de agentes comunitários de saúde, consultório com sanitário, iluminação natural adequada, ventilação natural adequada, depósito de material de limpeza, abrigo de resíduos sólidos, depósito de lixo*. As unidades de saúde mais bem avaliadas foram US3, US5 e US9.

A unidade de saúde com melhor pontuação na avaliação da estrutura foi a US5 e a com menor pontuação US8.

Os itens com pior desempenho na avaliação da estrutura não pontuaram. São eles odontólogo e fisioterapeuta capacitados em hanseníase presentes nas unidades de saúde.

- Processo

Na avaliação do processo o item melhor pontuado foi rotina da unidade saúde, com 83,6% dos pontos, ficando classificado como aceitável. Depois temos os itens composição do prontuário, com 79,6% dos pontos, classificado como aceitável, e por último o item parâmetros de concentração em hanseníase, com 62% dos pontos, classificado como insatisfatório. No conjugado, a dimensão processo obteve 44,16 pontos (quarenta e quatro pontos e dezesseis centésimos), ficando classificada como aceitável.

No item rotina da unidade de saúde os subitens com pior desempenho referem-se à *utilização do cartão de aprazamento*, que não pontuou. Chama atenção o desempenho de algumas unidades de saúde no subitem *realiza-se avaliação das técnicas de autocuidado com o paciente para verificar assimilação*, não realizado em cinco das nove unidades do PSF, e a não realização de *prevenção de incapacidades com técnica simples* em duas unidades, US3 e US9, sendo que esta última também não realiza *avaliação neurológica e do grau de*

incapacidade física; e ainda na US1 não se *realiza o diagnóstico de casos de hanseníase*.

Sem desconsiderar os demais, os subitens descritos são essenciais em um programa de hanseníase, e considerando que todas as unidades possuem profissional enfermeiro capacitado e profissional médico atendendo diariamente, a não realização dessas ações pode deixar o programa em situação de agravamento.

No item composição do prontuário, o subitem de maior insuficiência foi a não presença em 78,5% dos prontuários de notações ou de resultados de *exames laboratoriais* pré-tratamento, visto as intercorrências que podem advir com o uso da PQT. Outro subitem de relevância não presente em 41% dos prontuários foi a notação na ficha de avaliação ou na ficha de evolução clínica do *grau de incapacidade na alta*. Também o *grau de incapacidade no diagnóstico* não constava em 20,76% dos prontuários. Ainda 11,7% não tinham *ficha de avaliação neurológica e do grau de incapacidade*, 4,77% não tinham *ficha de investigação epidemiológica* e 3,34% não tinham informações sobre *baciloscopia*. Todos tinham *ficha de evolução clínica*.

A unidade de saúde de melhor desempenho na composição do prontuário foi a US6, com 50% dos prontuários completos.

No item parâmetros de concentração, os subitens *visita domiciliar do agente comunitário de saúde para paciente paucibacilar e para paciente multibacilar* não pontuaram. Outro subitem que não pontuou foi *consulta médica para avaliação de contatos*, inclusive na unidade de referência.

Alguns subitens tiveram pontuação parcial: *consulta médica para pacientes paucibacilares, consulta médica para pacientes multibacilares, número de contatos estimado e vacinação de contatos com BCG*.

A avaliação médica é imprescindível, visto que o diagnóstico da hanseníase é clínico, devendo ser dado pelo médico. Também a avaliação para alta deve ter participação do

médico, e a busca de contatos é importante para detecção de casos.

As unidades de saúde com melhor desempenho no item parâmetros de concentração foram US5, US6, US7.

Na avaliação do processo a unidade de saúde com melhor desempenho foi US5.

Com os dados da avaliação da estrutura e processo foi possível então realizar o cálculo da pontuação obtida pelas unidades de saúde de Cáceres que realizam ações de eliminação da hanseníase. Para tanto utilizamos a fórmula a seguir construída conforme descrito na metodologia:

$$\frac{(\text{PAE} \times 4) + (\text{PAP} \times 6)}{10} = \text{MP}$$

Onde:

- PAE: pontuação da análise da estrutura.
- PAP: pontuação da análise do processo.
- MP: Média ponderada.

Assim temos:

$$119,6 + 264,96 / 10 = 38,45$$

A pontuação obtida pelas unidades de saúde participantes do estudo na avaliação da estrutura e processo foi 38,45 pontos (trinta e oito pontos e quarenta e cinco centésimos).

5.3 Estimar o grau de implantação das ações de controle da hanseníase nas unidades de saúde da atenção básica;

Obtida a pontuação alcançada na avaliação da estrutura e processo pelas unidades de saúde participantes da pesquisa, passamos então ao cálculo da proporção da pontuação por regra de três simples para obtenção do grau de implantação:

$$\frac{38,45}{52} \times 100 = 73,9\%$$

Verificando-se a classificação do grau de implantação apresentado no quadro 9, podemos dizer que a implantação das ações de eliminação da hanseníase em Cáceres é classificada como **aceitável**.

5.4 Analisar a influência do contexto organizacional na implantação das ações de controle da hanseníase.

5.4.1 Autonomia política

Gestão municipal de saúde

A gestora municipal de saúde é funcionária efetiva do estado, com formação no âmbito da pós-graduação, atuando como bióloga na vigilância sanitária, estando no cargo de gestão da saúde há um ano quando da realização da pesquisa.

Na entrevista com a gestora, foi relatado que o município não possui um modelo de gestão plena para a saúde, estando esta vinculada as demais secretarias. O Conselho

Municipal de Saúde (CMS) é composto de acordo com a legislação, mas não é tão atuante na definição de prioridades e metas segundo as características epidemiológicas e operacionais e também não se implica na implantação das ações programáticas em hanseníase.

A hanseníase está incluída no Plano Municipal de Saúde, sendo exigido o plano de trabalho das unidades, mas as diretrizes e metas são definidas pela coordenação municipal do programa de hanseníase. A gestora não soube informar se o município possui a legislação para eliminação da hanseníase.

Não há envolvimento de outra instituição pública ou particular no atendimento com hanseníase no município.

Existe o fornecimento de transporte para tratamento fora do município.

Gestão do programa de hanseníase

A coordenadora do PCH é bióloga, funcionária do estado, com formação em vigilância sanitária e epidemiológica e técnica em prevenção de incapacidades em hanseníase, atuando no PCH há cerca de 20 anos em diversas frentes, há 6 anos na gerência municipal do programa.

Existe uma sistemática de planejamento anual realizado no meio do ano para ser executado no ano seguinte, com apoio da coordenação dos PSFs e secretaria municipal de saúde. O projeto é enviado ao CMS, mas a coordenadora não sabe dizer se este é discutido ou não, mas nunca houve problemas no desenvolvimento das ações relacionados a isso.

O PCH tem apoio para realização de capacitações das secretarias de saúde do município e estado e da DAHW. Também de um hospital particular e do Hospital O Bom Samaritano, sem fins lucrativos, pioneiro no Mato Grosso no tratamento de doenças dermatológicas, inclusive hanseníase. Essas instituições apoiam com recursos financeiros, logística e liberação dos profissionais para participação.

Segundo a coordenadora, as ações em hanseníase desenvolvidas no município contribuíram para melhora do alcance das metas dos indicadores, mas algumas unidades de saúde precisam de mais comprometimento de alguns funcionários.

O Hospital O Bom Samaritano é referência no município para internações de casos emergenciais como reações. Os casos que fogem a competência da unidade de referência (coordenação) e do hospital O Bom Samaritano são encaminhados para a referência estadual em Cuiabá, com o município fornecendo transporte, se for o caso.

A pastoral da saúde e os agentes carcerários são componentes não vinculados ao poder municipal que desenvolvem ações de suspeição e encaminhamento de casos e educação em saúde.

Conselho Municipal de Saúde

No período de 2004 a 2009 o Conselho Municipal de Saúde de Cáceres - MT realizou 76 reuniões. No quadro a seguir podemos conhecer a distribuição das reuniões por ano:

Quadro 11. Distribuição do número de reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Cáceres por ano no período de 2004 a 2009.

Ano	Número de reuniões (ordinárias / extraordinárias)
2004	6 (1/5)
2005	15 (10/5)
2006	11 (8/3)
2007	16 (12/4)
2008	15 (14/1)
2009	13 (12/1)
Total	76 (57/19)

Fonte: Conselho Municipal de Saúde de Cáceres – MT.

Somam-se a este total 2 reuniões que foram canceladas por falta de quórum, uma em 2004 e uma em 2007. No quadro seguinte são listadas algumas datas de reuniões com a pauta do dia.

Quadro 12. Pautas de reuniões do Conselho Municipal de saúde de Cáceres entre 2004 e 2009.

Data da reunião	Pauta
17/02/2004 – extraordinária.	Análise e aprovação do PPI/2004.
16/06/2004 – extraordinária.	Apresentação do plano municipal para 2004.
03/09/2004 – extraordinária.	Auditoria do MS para esclarecer dúvidas e verificar conformidade do CMS.
28/12/2004 – extraordinária.	Aprovação do plano de ações e metas em DST, HIV/AIDS para 2004 e 2005.
04 e 05/04/2005 – ordinária e extraordinária.	Reabertura de equipes de saúde bucal em 3 PSF. Boletim informativo liberação de recursos financeiros.
14/04/2005 – extraordinária.	Relatório de gestão 2004.
28/04/2005 – ordinária.	Apresentação e aprovação do PPI da vigilância sanitária e ambiental.
24/06/2005 – ordinária.	Discussão sobre incentivo ao combate a DST/AIDS. Plano de ações e metas 2004.
30/06/2005 – ordinária.	Plano municipal e implementação do DOTS.
21/09/2005 – extraordinária.	Apresentação do novo secretário de saúde.
24/11/2005 – ordinária.	Implantação de PSFs.
26/01/2006 – ordinária.	Conferência municipal de saúde.
30/03/2006 – ordinária.	Implantação do Serviço de Atenção Especializado – SAE.
04/05/2006 – ordinária.	Reunião com CES.
29/06/2006 – ordinária.	Relatório de gestão municipal.
10 e 17/10/2006 - extraord.	Apresentação e apreciação de projeto de PSF.
18/12/2006 – extraordinária.	Discussão do plano de ações e metas do CTA-DST/AIDS.
07/02/2007 – ordinária.	Posse dos conselheiros eleitos no I Fórum de composição do CMS.
20/03/2007 – ordinária.	I Conferencia Regional de Segurança Alimentar e Nutricional.
19/04/2007 – extraordinária.	Apreciação do balancete da saúde 2006.
03/05/2007 – ordinária.	Implantação de saúde bucal e PSF.
25/05/2007 – extraordinária.	Apresentação da programação das ações prioritárias de vigilância em saúde.
02/08/2007 – ordinária.	Implantação de PSF.
08/11/2007 – ordinária.	Apresentação do novo secretário de saúde e conselheiros.

20/12/2007 e 10/01/2008 – ordinárias.	Discussão e avaliação das ações do CMS em 2007. Indicativos para 2008.
21/02/2008 – ordinária.	Prestação de contas do fundo municipal de 2007.
16/04/2008 – ordinária.	Discussão do projeto de melhoria sanitária.
26/04 e 27/05/2008 – ordinár.	Fechamento SISPACTO.
03/07/2008 - ordinária.	Discussão sobre inauguração de PSF.
07/08/2008 - ordinária.	Relatório de gestão 2007. Visita aos PSFs.
13/11/2008 – ordinária.	Combate a dengue em Cáceres.
10/02/2009 – ordinária.	Ampliação do número de agentes de saúde.
07/05/2009 – ordinária.	Condições dos PSFs e medicamentos faltosos. Transporte de paciente para Cuiabá.
30/09 e 16/10/2009 – ordin.	Pacto pela saúde (gestão plena).
27/11/2009 – extraordinária.	Carga horária dos médicos.
03/12/2009 – ordinária.	Ações que precisam ser definidas pelo CMS. Necessidade com o secretário e prefeito para tratar sobre a saúde no município. Encaminhamento de projeto para Brasília para infraestrutura e saneamento básico.

Fonte: Conselho Municipal de Saúde de Cáceres – MT.

Podemos observar que não há debate regular sobre a vigilância epidemiológica, vista apenas em situações de momento, como implantação de PSFs, implementação da DOTS (Cobertura de Tratamento Diretamente Observado da tuberculose), ações, metas e incentivo para DST/AIDS, conferência municipal de saúde, saúde bucal, pacto pela saúde, combate a dengue, entre outros.

Em apenas uma reunião realizada em 02/08/2007, ordinária, faz-se menção de debate da programação anual de trabalho (para 2008) do Ambulatório de Dermatologia e Pneumologia Sanitária (ADPS), que é a unidade de referência e onde está colocada a coordenação do PCH. Também esteve em pauta a implantação de uma unidade PSF.

Na reunião do dia 06/09/2007, ordinária, deu-se continuidade ao debate da programação de trabalho do ADPS para 2008, sendo apresentada a necessidade de contrapartida do município para o tratamento da hanseníase, com pedido de inclusão do CMS como parceiro nesta reivindicação da DAWH. O CMS aprovou um valor de 30% do que é

oferecido pela DAHW, como lembrança que é um projeto específico de educação em saúde apoiado pela DAHW.

Na mesma reunião foi feito pedido de esclarecimento a respeito de existência de repasse fundo a fundo para ações de combate a hanseníase e tuberculose, com a resposta que o município havia aprovado um valor de R\$ 3.000,00 (três mil Reais), sendo criada uma comissão para acompanhamento da dotação orçamentaria desse recurso pelo município.

Houve ainda várias reuniões com discussão de fóruns de composição do CMS, prestação de contas, reuniões com o Conselho Estadual de Saúde, abaixo assinados contra funcionários das unidades de saúde, desligamento de agente de saúde, credenciamento de clínicas e laboratórios, entre outros.

Coordenações das unidades de saúde

Das nove unidades PSF, cinco funcionam em imóveis alugados (casas de bairro), três são próprias - construídas pela prefeitura - e uma é cedida pelo estado, funcionando em uma parte do Centro de Atenção Integral à Criança (CAIC), construído pelo governo federal, onde funciona também uma escola pública.

A coordenação do PCH está localizada em prédio anexo ao hospital O Bom Samaritano, pertencente ao hospital.

As unidades iniciaram seu atendimento à população entre 1997 e 2007 e disponibilizam dois turnos de atendimento, com cobertura de 42% da população de acordo com a coordenação dos PSFs.

As unidades referenciam pacientes para unidades de maior complexidade e o município oferece transporte para fora, se for o caso.

O plano de ações em hanseníase é discutido com a coordenação do PCH anualmente e o plano de ação das unidades é discutido com a coordenação dos PSFs, com inclusão da hanseníase, e as prioridades e metas definidas segundo as características epidemiológicas e operacionais. Os profissionais são apoiados a participar das capacitações.

5.4.2 Autonomia financeira

Gestão municipal de saúde

Não há recursos financeiros específicos para o programa de hanseníase, sendo sua origem dos repasses gerais dos governos federal, estadual e municipal.

Coordenação do programa de hanseníase

O auxílio para capacitações e campanhas realizadas pelo PCH é proveniente do governo federal, estado e da própria administração municipal. A coordenadora do PCH relata que também a DAHW (Associação Alemã de Assistência aos Tuberculosos e Hansenianos) doa recursos para a realização desses eventos, e esse constitui um recurso essencial.

Coordenações das unidades de saúde

As unidades não possuem recursos próprios para campanhas, sendo estes provenientes da coordenação.

5.4.3 Autonomia administrativa

Gestão municipal de saúde

A gestão municipal da saúde foi trocada por 5 vezes desde 2007.

O CMS não atua na avaliação da descentralização das ações programáticas em hanseníase.

Há supervisão das unidades de saúde pela gestão municipal, sendo considerado que houve certo prejuízo nas ações em hanseníase pela dispensação de enfermeiros contratados.

Gestão do programa de hanseníase

Além da coordenação do PCH, a gestora realiza atendimento técnico especializado aos pacientes de hanseníase e também coordena o programa de tuberculose, sendo a única responsável pelas atividades de coordenação dos dois programas. Segundo seu relato, o número ideal seria de 2 profissionais para a realização das atividades de coordenação da hanseníase, que incluem as campanhas de educação em saúde, prevenção de incapacidades, assistência ao paciente, orientação, levantamento epidemiológico, treinamentos, encaminhamento.

Existem em Cáceres cerca de 20 unidades de saúde, sendo que em 13 unidades são realizados alguma atividade de controle da hanseníase.

Quanto à rotatividade de profissionais, esta existe principalmente pela finalização dos contratos temporários, afetando o serviço nos PSFs, uma vez que profissionais que foram treinados não estavam mais a disposição.

Os recursos disponíveis para atendimento dos pacientes são suficientes no que tange a avaliação de prevenção de incapacidades, curativos, imobilização e medicação.

O cálculo da medicação para tratamento da hanseníase com adiantamento de pelo menos três meses é realizado pelo Escritório Regional de Saúde, com a reposição sendo

solicitada com antecedência. Não houve falta de medicação nos últimos doze meses.

As reuniões da coordenação do PCH com os PSFs ocorrem semanalmente, sendo que a supervisão é realizada nestas reuniões com as vistas dos relatórios de atividades, quando também se discute os dados epidemiológicos.

São realizadas campanhas anualmente, algumas vezes mais de uma, sendo distribuído material educativo que também é disponibilizado em qualquer época para as unidades de saúde e população em geral.

De uma forma geral, a coordenação considera que as ações em hanseníase se desenvolveram com continuidade e de maneira adequada nos últimos anos.

Coordenações das unidades de saúde

Cada unidade possui em média 8 profissionais e tem uma equipe de saúde da família.

O atendimento para os pacientes de hanseníase é realizado desde o início do funcionamento das unidades.

Todas participaram de campanhas ou organizaram nos últimos três anos.

Os pacientes da área de atuação da unidade são referenciados para continuação quando diagnosticados na unidade de referência, que desenvolve vigilância de contatos.

As ações no combate ao estigma são conjuntas com as campanhas e educação em saúde.

Duas unidades relataram não haver sistemática de reuniões entre os profissionais e oito relataram que não possuem indicadores das atividades de hanseníase desenvolvidas.

Todos indicaram que existe um profissional responsável pela gerência das ações em hanseníase em Cáceres.

5.4.4 Autonomia técnica

Gestão municipal de saúde

São 10 unidades básicas de saúde existentes na zona urbana de Cáceres que realizam ações em hanseníase, sendo 9 PSFs e um Posto de Saúde, juntamente com o Ambulatório de Dermatologia e Pneumologia Sanitária, que é a unidade de referência e onde está a coordenação do PCH.

Em todas as unidades básicas, pelo menos o enfermeiro e os agentes de saúde são capacitado em hanseníase, com o município oferecendo capacitações periódicas para todas as categorias profissionais.

Há rotatividade de profissionais nas unidades por conta do tipo de vínculo empregatício, com o acompanhamento do paciente ficando prejudicado principalmente pela falta de acompanhamento médico.

Coordenação do programa de hanseníase

De acordo com a coordenação do PCH, todos os enfermeiros coordenadores de unidades de saúde são capacitados em hanseníase, sendo 8 funcionários efetivos da prefeitura.

Foram realizadas capacitações nos últimos anos tanto para profissionais que não possuíam treinamento quanto para os que já tinham, não havendo dificuldades para liberação dos profissionais participarem dos treinamentos.

As capacitações têm direcionamento pedagógico e são avaliadas com aplicação de pré e pós-testes.

Foi relatado também que todos os profissionais de saúde municipais conhecem os sinais e sintomas da hanseníase para identificar casos suspeitos, excetuando-se alguns

médicos, pela falta de compromisso em comparecer aos treinamentos. Também que os profissionais são capazes de avaliar e acompanhar os pacientes em tratamento, resolver complicações e encaminhar os casos mais graves corretamente.

Em relação às atividades em hanseníase desenvolvidas pelas 13 unidades de saúde que oferecem este serviço em Cáceres, temos:

Quadro 13. Distribuição das atividades de ação em hanseníase desenvolvidas pelas 13 unidades de saúde que ofertam o serviço Cáceres, 2004-2009.

Descrição da atividade	Número de serviços que ofertam
Suspeição diagnóstica	13
Diagnóstico e tratamento	13
Prevenção de incapacidades	13
Tratamento de incapacidades	1
Intercorrências ambulatoriais	13
Intercorrências hospitalares	1
Reabilitação	1
Divulgação	13

Fonte: Coordenação do programa de controle de hanseníase de Cáceres – MT.

A situação epidemiológica do município de Cáceres em 2011 é de hiperendemia, com 42 casos novos diagnosticados, 29 paucibacilares e 13 multibacilares.

A notificação dos casos de hanseníase é realizada pela ficha de notificação/investigação epidemiológica nos PSFs, sendo a qualidade dos dados informados verificada pela coordenação do PCH.

Os dados são enviados para processamento na vigilância epidemiológica do município, onde ocorre a atualização após envio dos boletins de acompanhamento pela coordenação do PCH.

Coordenações das unidades de saúde

Dos nove PSFs que fizeram parte da pesquisa, seis tem enfermeiros efetivados no município e em três os enfermeiros são contratados, todos com especialização em áreas como saúde pública, saúde da família, vigilância epidemiológica, emergência e enfermagem do trabalho, com apenas um homem no elenco.

De acordo com o relato dos coordenadores, o atendimento aos pacientes de hanseníase é realizado pela equipe em todas as unidades, exceto uma em que houve relato que o médico não atende. Esse atendimento é realizado por profissionais capacitados em hanseníase, com as unidades desenvolvendo ações de prevenção de incapacidades, sendo que nos três anos anteriores houve capacitação. Também são adotadas as recomendações para o diagnóstico precoce da hanseníase.

Foi considerado que as atividades se desenvolveram com continuidade e de maneira adequada nos últimos três anos.

Quanto à situação epidemiológica, foi relatado que o município ainda é hiperendêmico, com casos subnotificados e falta de cobertura, sendo o número de agentes não suficiente. Ainda, muitos casos multibacilares que dificultam o controle dos casos e um aumento de casos novos devido à capacitação dos profissionais.

De uma forma geral, as unidades dispõem de material educativo (panfletos) em quantia considerada suficiente.

O enfermeiro é o profissional responsável pelo preenchimento da ficha de notificação, com todos capacitados para essa ação, e a qualidade dos dados informados é verificada pela vigilância sanitária.

As unidades são supervisionadas pelo menos uma vez ao ano pela coordenação do PCH. A avaliação das ações em hanseníase é realizada nas reuniões semanais com a coordenação do PCH, com os resultados empregados na tomada de decisão.

6. DISCUSSÃO

Objetivo 1: Caracterizar o perfil epidemiológico da hanseníase no município no período de 2004 a 2009;

Em todos os dados epidemiológicos analisados não houve concordância entre os achados dos prontuários e as informações disponíveis no SINAN. Não concordância em comparação de dados entre prontuários e SINAN também foi observado por Trindade et al., (2009) e Pedro et al. (2009).

Para interesse do estudo, na discussão a respeito da diferença dos dados entre as fontes pesquisadas foram abordados apenas o coeficiente de detecção de casos novos e coeficiente de detecção em menores de quinze anos.

Os 419 prontuários preenchidos (portanto casos de hanseníase diagnosticados e com registro de tratamento) encontrados nas nove unidades do PSF e na unidade de referência somam 34 casos a mais que os registrados no SINAN no período de 2004 a 2009.

Apesar de vinte prontuários (4,77%) não possuírem a ficha de notificação/investigação epidemiológica, as fichas de evolução e outros documentos constituintes confirmam o diagnóstico e seguimento do tratamento.

Pelos dados analisados nos prontuários temos diminuição do coeficiente de detecção de casos novos por 100.000 habitantes de 69,42 em 2004 para 50,42 em 2009, representando queda de 27,36%. Na análise dos dados do SINAN, o coeficiente é de 78,68 em 2004 e 44,69 em 2009, que representa percentual de queda de 43,20%. Demonstra-se então menor queda de detecção pelos dados dos prontuários.

O que se observa é notificação além do número de casos registrados e subnotificação,

uma vez que há mais casos notificados em 2004 pelo SINAN (68) que o número de prontuários (60). Da mesma maneira em 2005, com 80 casos pelo SINAN e 76 prontuários. Em 2006 os registros de equivalem, com 63 casos. A partir de 2007 há inversão, com 61 casos pelo SINAN e 74 prontuários, a diferença mais acentuada encontrada. Em 2008 são 49 casos pelo SINAN e 58 pelos prontuários e em 2009, 39 casos pelo SINAN e 44 pelos prontuários.

Em estudo analisando registros de um período de três anos em Fortaleza - CE, Façanha et al. (2006) identificaram 14,9% (411) de casos que não estavam registrados no SINAN da Secretaria Municipal de Saúde daquele município, e desses, 49 não tinham ficha de notificação preenchida na unidade de saúde de origem. Os autores argumentam que o não registro de casos pode contribuir para falsa impressão da redução da endemia, como observado nesta pesquisa.

Os casos em menores de 15 anos são discordantes nos anos de 2004 e 2005. Nos prontuários consta um caso multibacilar registrado com idade entre 5 e 9 anos. No SINAN não há registro desse caso. No ano de 2005 contam nos prontuários dois casos registrados com idade entre 10 e 14 anos (um paucibacilar e um multibacilar), que não estão registrados no SINAN. Nos demais anos os registros correspondem.

O caso multibacilar de 2004 (criança de oito anos com forma clínica ignorada) faz com que o coeficiente de detecção por 100.000 em menores de 15 anos passe de zero para 3,59, classificado como alto, menos da metade do registrado no país naquele ano, 7,68. Em 2005 não há registro no SINAN de um caso tuberculóide de uma criança de 10 anos e um caso dimorfo (multibacilar) de uma criança de 13 anos. O coeficiente em de 15 anos em 2005 passa de 10,45 para 17,41 com esses dois casos. Já indicava hiperendemia, mas houve acréscimo de 66,6%, ficando em um pouco mais que o dobro do registrado no país nesse naquele ano, que foi 7,34.

Na discussão do perfil epidemiológico foram considerados os dados extraídos dos prontuários.

Em estudo realizado em 1990, Munhoz-Jr, Fontes e Meirelles (1997) identificaram coeficiente de detecção de 163/100.000 habitantes no município de Cáceres. No período de 1996 a 1999, o coeficiente médio na região de Cáceres (regional de saúde) foi de 156,3 por 100.000 habitantes; entre 2000 e 2003 a média na região foi 152,7 por 100.000 habitantes e entre 2004 e 2007, média de 102,3 por 100.000 habitantes (QUEIRÓZ; SCATENA, 2009). O resultado do presente estudo mostra média de detecção de casos novos em Cáceres de 70,4 por 100.000 habitantes entre 2004 e 2009.

Existe ainda hoje hiperendemia, permanente no período 1990-2009, mas com queda de 59% na detecção nesse período.

O estado de Mato Grosso é polo de migração, recebendo nas últimas décadas milhares de pessoas das diferentes regiões do país, fenômeno que contribuiu para a população saltar de aproximadamente 600.000 habitantes em 1970 para pouco mais de 3 milhões em 2010 (IBGE, 2010). Essa migração ajuda a explicar o aumento da detecção e manutenção da endemia em algumas regiões do estado (QUEIRÓZ; SCATENA, 2009), mas para os municípios localizados na região de Cáceres, mais antigos, que têm relato histórico da doença, esse argumento tem de ser acompanhado dos fatores ambientais, êxodo rural, acúmulo populacional na periferia das cidades, incremento operacional (MAGALHÃES et al., 2011).

Em seu estudo analisando a distribuição espacial e temporal da hanseníase em Mato Grosso de 1996 a 2007, Queiróz; Scatena (2009) reportam que apesar da manutenção dos coeficientes de detecção em aumento ou estáveis possa ser explicada pela melhora operacional, a transmissão da hanseníase existe quando são analisados conjuntamente o coeficiente de detecção de casos, a proporção de casos multibacilares e o coeficiente de casos em menores de 15 anos.

O coeficiente de detecção, indicador da transmissibilidade da hanseníase, sofreu queda em Cáceres, de 69,42/100.00 em 2004 para 50,42/100.000 em 2009. Na análise de Sobrinho; Mathias (2008), quedas nesse coeficiente podem significar que a hanseníase está sendo identificada por outra maneira que não a busca ativa, uma detecção passiva, também observada no estudo de Lana et al. (2003), com 83% dos casos descobertos por encaminhamento ou demanda espontânea e Amaral; Lana (2008), com esse índice chegando a 89,8%. Dessa forma, a situação epidemiológica precisa ser conhecida para se adotar estratégias conforme a realidade, e a busca ativa é uma das ações essenciais para detecção de casos de hanseníase em sua fase inicial, que ajuda a evitar o surgimento de incapacidades.

Munhoz-Jr; Fontes; Meirelles (1997) expõem a situação de alta detecção da hanseníase na população menor de quinze anos de Cáceres ainda em 1990, e no presente estudo verifica-se essa continuidade, média de 9,8/100.000 habitantes entre 2004 e 2009.

O predomínio de casos paucibacilares em Cáceres (64,9%) é uma característica observada em outras regiões do país (PEREIRA et al., 2011; LOBO et al., 2011), bem como há regiões em que a predominância é de casos multibacilares (MIRANZI; PEREIRA; NUNES, 2010; SOBRINHO; MATHIAS, 2008; LIMA et al., 2010).

O grande número de casos da forma indeterminada é característica de regiões endêmicas ou hiperendêmicas, da mesma forma que grande número de casos tuberculóides indica inclinação para crescimento da doença (LIMA et al., 2009), uma vez que pessoas com essa forma clínica tem resistência ao *M. leprae* mas acabam adoecendo por causa das sucessivas exposições ao bacilo. Da mesma forma, esses números também podem significar maior capacidade do serviço em diagnosticar os casos nas suas fases iniciais (NARDI; PASCHAOL, ZANETTA, 2005). Assim, reafirma-se a necessidade do conhecimento da realidade local pelos gestores e profissionais de saúde para que possam elaborar ações que venham de encontro às necessidades apresentadas.

A proporção de casos multibacilares, 35,1% dos casos diagnosticados em Cáceres, contrasta com os achados de Oliveira; Macedo (2012), que em estudo analisando um período de cinco anos em município do estado do Paraná, relataram 72,4% de casos multibacilares. Ainda assim, casos multibacilares devem ser considerados, uma vez que a forma dimorfa tem poder incapacitante e a forma virchowiana alto poder de transmissão (MIRANZI; PEREIRA; NUNES, 2010; RAMOS; SOUTO, 2010).

A dominância de casos de hanseníase residentes na zona urbana, como em Cáceres (82,6%), é relatada por Miranzi; Pereira; Nunes (2010) e Amaral; Lana (2008). Cáceres é cidade do interior de um estado com grande presença populacional no campo, dado suas atividades agropecuárias, mas o contingente da população rural responde por 13% da população do município, contra 18% do estado de Mato Grosso, que tem a maior população rural da região Centro Oeste. O coeficiente de detecção de casos da hanseníase na área rural de Cáceres em 2009 foi de 26,37/100.000 habitantes (3 casos), classificado como muito alto. Na zona urbana (46 casos) esse coeficiente foi de 60,07/100.000 habitantes, classificado como hiperendêmico.

Dados do IBGE (2010) indicam que cerca de 60,3% da população de Cáceres é da raça/cor parda, 29,9% branca, 8,4% preta, 1,3% amarela e 0,15% indígena. Talvez esses dados expliquem a predominância de pardos diagnosticados com hanseníase entre 2004 e 2009 no município, com 45,3% dos casos, seguidos da raça/cor branca, 30,5%; preta, 11,9%; amarela 3,6% e indígena 0,7%.

Lima et al. (2009), em seu estudo realizado no Maranhão, encontraram predominância de pardos, com 37,2%, seguidos da raça preta 34,6 % e branca, 25,6%, com 2,6 % ignorados. Proporção maior da raça branca é relatada por Melão et al. (2011) em estudo realizado em Santa Catarina, com 79,6% de indivíduos brancos, seguidos das raça parda e preta, com 3,7% e 13% com raça ignorada.

O percentual das populações masculina e feminina em Cáceres pelos dados do IBGE (2010) é muito próximo, com 50,1% de homens e 49,9% de mulheres. Essa proximidade não é encontrada na distribuição de casos de hanseníase por sexo, com 60,9% de adoecimento em homens e 39,1% em mulheres. Alves et al. (2010), Oliveira; Macedo (2012) relatam predomínio masculino em estudos com menor número de casos analisados.

Lima et al. (2010) observaram igualdade nessa distribuição. Lobo et al. (2011), em estudo de um período de cinco anos, verificaram predomínio masculino nos dois primeiros anos e predomínio feminino no terceiro e último anos, com igualdade no quarto ano estudado. Em estudo de um período de 11 anos, Lana et al. (2003) verificaram predomínio feminino durante todo o intervalo.

Imbiriba et al. (2008) citando outros autores, refere a condição de adultos do sexo masculino serem mais frequentemente acometidos pela hanseníase, com o risco de exposição sendo determinante dessa condição, não havendo diferenças entre crianças. Dos 16 casos em menores de 15 anos diagnosticados em Cáceres entre 2004 e 2009, nove foram em meninas e sete em meninos.

O acometimento da faixa etária em idade produtiva, entre 20 e 59 anos, representa 73,8 % dos casos registrados em Cáceres entre 2004 e 2009. Essa prevalência, em menor grau, 55,1%, é relatada por Lima (2009) e também por Silva et al. (2010), 67,7%. Levando-se em conta que as incapacidades podem advir antes, durante ou após o tratamento, seu surgimento nessa faixa etária pode prejudicar as atividades de trabalho, impossibilitando ganhos, privar do convívio social e inclusive levar a prejuízos psicológicos.

Entre 2004 e 2009 foram diagnosticados 16 casos em menores de quinze anos em Cáceres (3,8% dos casos). Dessas, cinco classificadas como multibacilares, inclusive uma criança com 2 anos de idade e outra de 5 anos, esta última classificada como virchowiana. Exemplo semelhante, com criança de três anos de idade diagnosticada como dimorfa-

virchowiana e contato de multibacilares é relatado por Gonçalves et al. (2011) em Minas Gerais. Os coeficientes de detecção (tabela 17) colocam o município em hiperendemicidade de 2005 a 2008 e com coeficiente de detecção alto em 2004 e 2009.

Casos de hanseníase em crianças indicam contágio recente e transmissão ativa da doença. Como relatado por Pires et al. (2012), alta taxa de detecção nessa faixa etária reflete a exposição precoce ao agente infeccioso, tendenciando a endemia e pode apontar deficiência na vigilância e controle da doença. Também é colocado por Imbiriba et al. (2008) que esses níveis de detecção podem ser indício de contaminação dessas crianças por contatos, casos não detectados da doença, constituindo um importante indicador epidemiológico. Lima et al. (2010) reafirmam, argumentando que a despeito de ser doença de adultos, visto o longo período de incubação do *M. leprae*, crianças também podem adoecer, com risco aumentado em áreas endêmicas e com casos de hanseníase na família.

No início da doença o paciente dificilmente apresenta incapacidades. Dessa forma, se um paciente é diagnosticado como caso novo apresentando incapacidades, pode representar um diagnóstico tardio. Esse retardo do diagnóstico aumenta de maneira expressiva o risco de apresentação de deformidades quando da identificação da doença (ALVES et al., 2010). Também Gonçalves; Sampaio; Antunes (2009) argumentam que o grau de incapacidade no diagnóstico é o principal preditor para evolução da incapacidade.

A distribuição dos casos por grau de incapacidade (GI) avaliado no diagnóstico considerando o universo de casos (419) aponta que os pacientes estão sendo diagnosticados tardiamente, com 47,7% (200) avaliados com grau zero, 31,5% (132) apresentando grau I e 2,3% (10) apresentando grau II. Essa proporção aumenta se analisarmos apenas os casos que tiveram o GI avaliado, com 58,4% grau zero, 38,6% apresentado grau I e 2,9% grau II. Temos ainda 8,8% (37) de casos não avaliados e 9,5% (40) em que a informação não consta. Essa última é interessante, pois temos o grau avaliado é não anotado. A falta dessa informação

pode prejudicar o andamento do tratamento, e até mesmo em uma transferência ou encaminhamento.

O indicador epidemiológico proporção de casos com grau 2 de incapacidade no diagnóstico entre os casos avaliados analisa a ação do serviço na detecção de casos. Em 2006 e 2008 não foram registrados casos com grau 2 no diagnóstico. Em 2005 o indicador ficou classificado como médio (5,6%). Em 2007 (3,1%) e 2009 (2,4%) foi classificado como baixo.

O indicador operacional proporção de casos novos com GI avaliado no diagnóstico mede a qualidade do atendimento e monitora os resultados das ações de vigilância em saúde. Foi classificado como precário em 2004 (62,2%), chegando a ser bom em 2006 (90,1%), mas de uma forma geral é classificado como regular (tabela 20).

Maior proporção de grau zero no diagnóstico foi relatada por Pinto et al. (2010), sendo que em nosso estudo a proporção de grau I de incapacidade foi quase o triplo (38,5%) do relatado por esse autor e a proporção de grau II correspondente a menos da metade (2,3%). Também Gonçalves; Sampaio; Antunes (2009) relatam maior proporção de grau zero, com metade da proporção de grau I e seis vezes mais grau II em relação ao nosso estudo.

A análise do grau de incapacidade na alta mostra que um em cada quatro pacientes não foi avaliado (24,9%) e outros 13% não tiveram o grau informado. A não realização da avaliação implica em dar alta por cura sem saber em que condições esse paciente se encontra no final do tratamento em relação ao início, se houve ou não melhora do quadro em relação ao início do tratamento, quando for o caso.

Do universo de 397 pacientes que receberam alta, 43,8% (174) receberam alta com grau zero, 17,3% (69) com grau I e 0,75% (3) com grau II. Analisando apenas os que foram avaliados (342), a proporção de grau zero foi de 70,7%, a de grau I foi 28% e de grau II foi 1,2%. A proporção de pacientes que receberam alta com algum grau de incapacidade foi de 29,2% (72).

O indicador operacional casos curados no ano com grau de incapacidade física avaliado mostra que as avaliações não estão sendo realizadas na proporção mínima, que seria 75%, com média de 61,9%. Por isso não foi possível, pelos critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde, realizar o cálculo do indicador epidemiológico proporção de casos curados com grau 2 de incapacidade na alta, que exige essa proporção mínima.

Proporção semelhante de GI zero na alta foi relatada por Ramos; Souto (2010), com maior proporção de grau I e oito vezes mais grau II.

A não avaliação do grau de incapacidade no diagnóstico, na alta ou mesmo durante o tratamento expõe o paciente ao risco de não ter detectada alguma alteração neural, que pode evoluir inclusive sem sintomas (neurite silenciosa), que pode ser tratada e evitar a instalação de incapacidades permanentes.

Objetivo 2: Avaliar a estrutura e o processo das ações de controle da hanseníase;

Apesar de classificado como implantado, o item recursos materiais da avaliação da estrutura aponta falta de insumos essenciais no subitem prevenção de incapacidades, fio dental sem sabor, canetas para marcação e materiais educativos.

O fio dental é utilizado na avaliação da sensibilidade corneana e as canetas para marcação, que devem ser coloridas, são utilizadas para marcar na ficha de avaliação a cor do filamento que corresponde à sensibilidade referida pelo paciente. Suas cores acompanham as cores dos filamentos do estesiômetro (monofilamentos de Semmes-Weinstein), utilizado para avaliação da sensibilidade das mãos e pés.

Os materiais educativos geralmente são bem coloridos, com imagens e figuras, e trazem informações sobre a hanseníase, seu tratamento e quem procurar. Essa configuração é de importância para chamar a atenção e para facilitar a compreensão da mensagem, uma vez

que a população de baixa renda e com menor tempo de estudo é a mais atingida pela Hanseníase (LIMA et al., 2009), inclusive podendo esses materiais serem feitos com termos da terminologia popular, para se adequar ao público alvo (BRASIL, 2009; Miranzi; Pereira; Nunes, 2010).

No subitem medicação, a questão da temperatura ambiente foi levantada como imprópria, uma vez que o armazenamento da medicação em temperatura adequada é indicado, visto a possível ocorrência de mudanças em suas propriedades físicas e/ou químicas, com perda da eficácia (Hartigan, 1991).

O registro de entrada e saída da medicação é auxílio para controle do estoque, compondo uma administração e fornecimento eficientes, de forma que não se corra o risco de falta da medicação e atraso no tratamento. O livro de registro de entrada e saída da medicação não é utilizado em três unidades.

O livro de registro de casos novos não estava atualizado em quatro unidades. A manutenção do livro de registro de casos novos atualizado, do subitem arquivo, proporciona uma fonte essencial de informação epidemiológica, uma vez que podem ocorrer perdas das informações dos relatórios depois da saída. Importante o preenchimento de todos os campos, uma vez que os livros são origem de dados confiáveis provenientes das unidades de saúde e que abastecem o sistema de informação (IMBIRIBA et.; 2009).

O arquivo de aprazamento, não atualizado em três unidades, pode auxiliar no controle dos pacientes frente ao retorno à unidade para tomada mensal da PQT e também o acompanhamento após o tratamento, servindo ainda para agendamento dos contatos intradomiciliares para avaliação e vacinação BCG.

A falta de profissionais capacitados nas unidades de saúde, como encontrado em nosso estudo, inviabiliza a contribuição de todos nas ações de controle, como sugerem Lanza et al. (2011). Em três das unidades pesquisadas os médicos não possuem treinamento. O exame

dermatoneurológico com fim diagnóstico deve ser realizado preferencialmente pelo médico, que juntamente com o enfermeiro é responsável pelo monitoramento clínico e terapêutico do paciente (BRASIL, 2010). Também examina o paciente no percurso do tratamento, principalmente em estados reacionais, quando o tratamento deve ser prescrito e supervisionado pelo médico (BRASIL, 2010), além do exame de contatos, fonte de detecção de casos novos.

Com relação aos odontólogos das unidades de saúde encontramos situação crítica, com nenhum profissional treinado nas ações em hanseníase. Em estudo realizado na cidade de Cáceres – MT com 60 odontólogos da rede pública e privada, Cortela; Ignotti (2008) relatam que os profissionais conhecem os sinais e sintomas da doença de lesões de pele e alteração de sensibilidade (62%), com 10% tendo identificado reação buco-facial, 30 % realizado suspeita diagnóstica, também identificação de lesões na pele e alteração de sensibilidade (45% e 28%), 37% fizeram encaminhamento para referência e 43% suspeitaram e ou encaminharam pelo menos um caso, sendo que o conhecimento a respeito da doença deu-se na maioria por meio de comunicação, seguido de conhecimento adquirido na graduação e leitura pessoal, trabalho e cursos, esse em menor número.

Essa descrição mostra que o conhecimento adquirido por esses profissionais foi por outros meios que não a capacitação, o que não contempla muitos aspectos inerentes à hanseníase. A participação do odontólogo torna-se importante à medida que em sua prática ele visualiza o corpo do paciente, membros e face, locais usuais de aparecimento de lesões, além da cavidade oral, onde eventualmente lesões podem ser observadas.

A unidade de referência não tem fisioterapeuta. A ausência de desse profissional capacitado na unidade de referência pode implicar prejuízo na realização das ações em prevenção de incapacidades e necessidade de encaminhamento para unidades de saúde em que esse profissional não tem conhecimento das particularidades da hanseníase. O

fisioterapeuta, pela sua formação, seria o profissional indicado para atuação na prevenção efetiva de incapacidades, com desenvolvimento da avaliação neurológica e recursos fisioterapêuticos, como na cirurgia de transferência de tendão (VIEIRA et al., 2012). A intervenção por esse profissional pode auxiliar na prevenção da disfunção ou na melhora de quadro disfuncional instalado (GONÇALVES; SAMPAIO; ANTUNES, 2009; VIEIRA ET AL., 2012).

A instalação física das unidades de saúde é prejudicada pela natureza dos prédios que ocupam. Tanto que esse foi o item da análise da estrutura que menos pontuou. Apenas três funcionam em prédios construídos pela prefeitura para esse fim e em diferentes épocas. Cinco são casas de bairro alugadas e uma funciona em parte do prédio de uma escola CAIC, e mesmo os prédios construídos pela prefeitura não atendem especificações do Ministério da Saúde para estrutura das unidades (BRASIL, 2008).

A sala de espera utilizada em seis unidades é a varanda. Outras seis não possuem sala de reunião/educação em saúde, sendo estas realizadas na varanda do fundo (edícula), e nas outras essas atividades são realizadas em salas ocupadas para outros fins e com pouco espaço. Quatro não possuem sala própria para os agentes de saúde, que também utilizam a varanda do fundo ou outras salas. Em cinco unidades, inclusive a referência, o consultório médico não tem sanitário, item importante quando na unidade de saúde se realiza exame ginecológico.

A iluminação natural é considerada adequada em apenas duas unidades e a ventilação natural em quatro. O exame dermatológico deve ser realizado preferencialmente com luz natural e a boa ventilação ajuda a dispersar gotículas que podem permanecer no ambiente contendo bactérias (OPH, 2004; NTLP, 2008). E também, iluminação natural e boa ventilação ajudam a manter a salubridade do ambiente das unidades.

Na portaria 2226/2009 e no Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde (BRASIL, 2008), preveem local específico com dimensões mínimas para os materiais

de limpeza, resíduos sólidos (expurgo) e lixo comum em unidades de saúde do tipo I, como são as unidades de Cáceres.

Em sete das nove unidades básicas não há depósito próprio para materiais de limpeza. Oito unidades não têm abrigo de resíduos sólidos e sete não tem depósito de lixo adequados.

O depósito de lixo e o abrigo de resíduos sólidos devem ficar em separado, já que tipo de lixo produzido nas unidades de saúde pode contaminar o lixo comum e oferece risco no manuseio.

Na avaliação do processo, o item rotina da unidade de saúde foi classificado como aceitável, porém algumas ações relevantes não são executadas.

O cartão de aprazamento não faz parte da rotina de nenhuma das unidades. O aprazamento é indicado pelo Ministério da Saúde como rotina (BRASIL, 2010). A utilização do cartão pode se constituir uma maneira de firmar o compromisso com o paciente de seu retorno à unidade ao fim da tomada mensal da medicação, para que possa inclusive ser avaliado em seu retorno para a busca de outra cartela da PQT e após o término do tratamento para avaliação para alta e acompanhamento pós-alta. Também para agendar a presença dos familiares (contatos intradomiciliares) para avaliação, orientação e encaminhamento para tomada da BCG.

A avaliação das técnicas de autocuidados com os pacientes para verificar assimilação foi referida como não realizada em cinco das nove unidades PSF. Essa avaliação não se dissocia da prevenção de incapacidades com técnicas simples, outro subitem analisado e que duas unidades das cinco unidades anteriormente referidas também não realizam, e destas, uma não realiza avaliação neurológica e do grau de incapacidade. Além disso, outra unidade das cinco referidas não realiza o diagnóstico da hanseníase, com os casos suspeitos encaminhados para a unidade de referência.

Lanza; Lana (2011) argumentam sobre a falta de compromisso dos profissionais, principalmente o médico, na realização das ações de controle da hanseníase, principalmente sobre a realização do diagnóstico, que muitos não aceitam realizar por considerar ato de especialistas - o que não se aplica - e ainda segundo os autores, são detalhes dificultadores da descentralização.

O paciente só deve ser encaminhado para a unidade de referência em casos extremos, e o acompanhamento de rotina deve ser realizado na unidade básica (BRASIL, 2009), uma vez que o acesso é facilitado e pode ser preferencial para o paciente (LANZA; LANA, 2011; FUZIKAWA, 2007).

Se todos os enfermeiros das unidades de saúde possuem treinamento e o médico atende diariamente, como já visto, não se justifica que essas ações de extrema importância no tratamento da pessoa com hanseníase não sejam realizadas no PSF. E também, observando que 41,5% (142) dos casos novos avaliados no diagnóstico apresentam algum grau de incapacidade no período estudado e 8,83% (37) não avaliados, além de 29,2% (72) apresentarem algum grau na alta e 24,9% (99) não avaliados, tem-se o reforço da perigosa aventura de não se praticar a prevenção de incapacidades.

O diagnóstico da hanseníase deve ser realizado na unidade de saúde preferencialmente pelo médico, sendo que aos demais profissionais cabe a suspeição diagnóstica.

A prevenção de incapacidades não se dissocia do tratamento com poliquimioterapia, e é baseada nos achados da avaliação neurológica (AN) realizada no diagnóstico (BRASIL 2009), podendo sofrer adequações no decorrer do tratamento, uma vez que o paciente apresente queixas ou quadro reacional, quando se deve realizar a AN novamente.

Conhecer a doença e ter consciência da importância das ações preventivas e curativas é uma necessidade da pessoa com hanseníase. As técnicas de autocuidados auxiliam no tratamento das incapacidades por poder ser realizadas pelo paciente a qualquer momento no

ambiente que melhor lhe couber, constituindo-se ainda em uma forma de envolvê-lo profundamente em seu tratamento.

A composição do prontuário dos casos de hanseníase em Cáceres constituiu outro item avaliado na análise do processo, ficando classificado como aceitável.

O prontuário é o conjunto de documentos relativos à assistência prestada ao paciente, devendo ser organizado para servir ao paciente, profissionais e sociedade, servindo como instrumento de consulta, avaliação, pesquisa, conveniência do tratamento, investigação epidemiológica, comunicação entre os profissionais, e quando completo, possibilita avaliar a instituição assistencial, estando a avaliação da qualidade e quantidade dos serviços prestados dependente da exatidão das informações nele incluídas (CRM-DF, 2006).

O prontuário do caso de hanseníase é formado pelos formulários próprios da organização dos dados básicos (anamnese/evolução clínica e exames laboratoriais) e pelos impressos específicos do programa de controle da hanseníase: ficha de avaliação neurológica e do grau de incapacidade, onde também se toma nota do grau de incapacidade avaliado; ficha de notificação/investigação epidemiológica; ficha de exame de baciloscopia. Essa documentação permite monitorar a adesão do paciente ao tratamento e a construir os indicadores essenciais do programa de hanseníase.

Dos 419 prontuários avaliados apenas 69 (16,46%) estavam completos, contendo toda a documentação exigida, com a ficha de evolução clínica sendo o único item presente em todos os prontuários. Em estudo de avaliação do programa de controle da hanseníase em Imperatriz-MA, Oliveira et al. (2012) observaram ausência de algum documento em apenas 14,2% dos prontuários.

O item mais faltoso nos prontuários de nosso estudo foi exames laboratoriais, ou notação do resultado destes, com 78,5% de ausência. Exames para detecção de parasitas são comumente solicitados, visto interferirem na absorção do ferro (SOUZA et al., 1989).

Também hemograma e exame da função hepática devem ser solicitados. Como a poliquimioterapia é composta por drogas indutoras de hepatotoxicidade e anemia hemolítica, recomendando-se avaliação laboratorial antes e depois da PQT para um tratamento seguro (CORRÊA et al., 2010; SILVEIRA; PONTES; ALENCAR, 2010).

A importância da hanseníase para a saúde pública é dada por sua magnitude e poder incapacitante. É doença de notificação compulsória no Brasil e de investigação obrigatória.

A notificação da hanseníase é traduzida pelo preenchimento da ficha de investigação/notificação da hanseníase do SINAN e encaminhamento para o órgão de vigilância epidemiológica superior, ficando uma cópia no prontuário. Na ficha constam nome do paciente, idade, sexo, raça, endereço, classificação operacional, forma clínica da hanseníase, grau de incapacidade avaliado no diagnóstico, modo de entrada, resultado da baciloscopia, número de contatos registrados entre outros itens.

Além da notificação compulsória, temos o acompanhamento dos casos, como registro de abandono, alta, mudança de esquema de tratamento, faltas, óbitos, transferências, erro diagnóstico. São informações que devem ser registradas no prontuário do paciente e ficha de acompanhamento de casos na unidade de saúde. São informações que serão utilizadas para avaliação da efetividade do tratamento e monitoramento da prevalência (MINAS GERAIS, 2006).

Esse sistema de informação subsidia a tomada de decisões, planejamento das ações e o controle das atividades. Essas informações são utilizadas para reunir dados que auxiliarão na operacionalização e real produção de efeitos da vigilância epidemiológica (MINAS GERAIS, 2006).

Dessa maneira, a falta da ficha de notificação/investigação epidemiológica em 4,77% dos prontuários pode sugerir que esses casos não constam no registro epidemiológico, o que pode interferir na oferta da medicação e na programação das ações para período posterior.

A ficha de baciloscopia estava ausente em 3,34% dos prontuários analisados.

A baciloscopia é exame complementar ao diagnóstico para classificação dos casos novos e diagnóstico diferencial, também ao final do tratamento para investigação de bacilos íntegros.

A ficha de avaliação neurológica e do grau de incapacidade é utilizada para notação dos achados da avaliação neurológica, relativos à avaliação face, mãos e pés, com a verificação do aspecto, palpação de nervos, avaliação da sensibilidade, olhos, nariz e força muscular. É importante fonte de informação quanto á apresentação do paciente ao início do tratamento, sua evolução e intercorrências até a alta.

Esse item não estava presente em 11,7% dos prontuários. Dessa forma, pode se perder algumas informações importantes epidemiologicamente e para o tratamento, como o grau de incapacidade, que por sua vez, não constava (inclusive na ficha de evolução clínica) em 20,76% dos prontuários quando do diagnóstico e 41% quando da alta.

O grau de incapacidade no diagnóstico exprime a ação do serviço na busca de casos, sendo que quando um caso é diagnosticado com algum grau de incapacidade pode traduzir ineficiência do serviço. Além disso, ajuda a direcionar o tratamento do paciente, que deve ser encaminhado para profissional competente quando detectado.

Após a alta, mesmo que apresente alguma incapacidade, o paciente não é mais considerado um caso de hanseníase. Mas a avaliação na alta importa para avaliação do serviço e continuidade do tratamento, da seqüela ou da neurite, sendo encaminhado para o serviço conveniente ou na própria unidade de saúde.

O diagnóstico precoce da hanseníase e tratamento adequado das pessoas atingidas pela doença ainda são os meios mais eficazes de interromper sua transmissão e seu avanço, evitando assim as incapacidades e suas conseqüências físicas, sociais e psíquicas (BARRETO, 2011).

O terceiro item da avaliação foi parâmetros de concentração em hanseníase, que fazem

um cálculo da grandeza de ações ou procedimentos necessários para uma população alvo, constituindo-se referências para orientação de gestores no planejamento, programação e priorização das ações em saúde a serem desenvolvidas (BRASIL, 2006).

Dos treze parâmetros selecionados, três não pontuaram. Dois referentes à visita domiciliar do ACS para pacientes paucibacilares e multibacilares e o referente à consulta médica para contatos.

Em todos os prontuários analisados foram encontradas apenas três referências a visita domiciliar registradas. Um quadro que não condiz com a informação que todos possuem treinamento em hanseníase. Situação oposta é relatada por Alencar et al. (2012), em estudo com 331 ACS de quatro municípios dos estados do Maranhão, Pará, Tocantins e Piauí, onde 87,1% acompanham casos de hanseníase, inclusive com suspeição de casos confirmados, e apenas 53,2% possuem treinamento em hanseníase.

É atribuição do ACS realizar vigilância das doenças e acompanhamento sistemático da população. Esse profissional é papel chave na detecção de casos novos, especialmente no tocante ao acompanhamento do paciente em casa e aos contatos, que muitas vezes não comparecem a unidade para avaliação, ficando então a cargo do ACS visitá-los para orientações quanto à importância desse comparecimento (ARAUJO; ANDRADE; MADEIRA, 2011).

Não foi encontrado nenhum registro de avaliação de contatos pelo médico, ação que ficou por conta dos enfermeiros. A realização do exame dermatoneurológico dos contatos de casos de hanseníase é parte integrante da vigilância epidemiológica, uma vez que essas pessoas tem mais chance de adoecer do que a população em geral e auxilia no planejamento das atividades de controle, além de ser item (busca ativa de casos) de avaliação do programa (BRASIL, 2008b; BRASIL, 2010).

A consulta médica para pacientes paucibacilares e multibacilares não ocorreu da

quantidade mínima estabelecida pelos parâmetros nas unidades básicas. Na unidade de referência não foi encontrada nenhum registro. A coordenadora explicou que as consultas ocorrem, mas não é prática registrar.

Durante o tratamento, e até mesmo depois, o paciente pode ser acometido de reações hansênicas, episódios de inflamação aguda na hanseníase por alterações imunológicas, que podem comprometer os nervos periféricos (neurite) e causar perda da função devido ao edema e pressão exercida no nervo. A vigilância epidemiológica das reações é fundamental para o tratamento precoce e prevenção das incapacidades (ANTÔNIO et al., 2011) Além dessas intercorrências, outras podem advir, como os efeitos colaterais da poliquimioterapia (BRASIL, 2008b; SILVEIRA; PONTES; ALENCAR, 2010). Assim, é importante a avaliação do médico no retorno do paciente para tomada da PQT supervisionada e na presença de queixas.

O número estimado de quatro contatos para cada caso foi confirmado em 25,3% dos prontuários. Em 32,2% foram confirmados três ou menos e em 42,5% não se confirmou nenhum contato registrado. Em muitos prontuários constam que o paciente vive sozinho, em boa parte está registrado o cônjuge e filhos apenas, que quase sempre somam três ou duas pessoas. O contato do paciente de hanseníase é qualquer pessoa que resida ou tenha residido com o doente nos últimos cinco anos.

Como já vimos, o exame de contato é importante por ser essa pessoa a mais susceptível a adoecer, dado seu convívio com o doente. Esse exame faz parte da investigação epidemiológica e ajuda a quebrar a cadeia de transmissão.

A verificação da vacinação pela BCG e encaminhamento para vacinação ocorre, mas não está registrado devidamente. Em apenas 16,5% dos prontuários fica claro que essas ações ocorreram. A BCG não é uma vacina contra a hanseníase, mas imprime proteção parcial ao desenvolvimento da doença (SILVA et al., 2009).

Objetivo 4: Analisar a influência do contexto organizacional na implantação das ações de controle da hanseníase.

Autonomia política

A análise da autonomia política verifica o enquadramento das informações nas seguintes dimensões: tipo de gestão da saúde no município, qualificação dos gestores, existência do CMS e registro em atas de reuniões de debates e definições de estratégias para eliminação da hanseníase, existência de plano de trabalho referente à estratégia da eliminação da hanseníase, ações em saúde desenvolvidas de acordo com as características epidemiológicas e operacionais.

O fato de a coordenadora do programa de controle da hanseníase de Cáceres ter formação em especialidade voltada para a saúde, ter longo tempo de atuação no programa, conhecimento aprofundado da doença e ser técnica em prevenção de incapacidades é bastante importante para colocar o programa no bom nível encontrado.

Atualmente, também contribui muito positivamente a boa visão da gestora da saúde do município - conhecedora da realidade da hanseníase - para com o programa e a boa relação que existe entre as gestões. Também o fato das coordenadoras das unidades de saúde ter formação específica, especialização voltada para saúde pública e possuir treinamento em hanseníase.

A gestão da saúde não plena, vinculada a outras secretarias, pode interferir na programação das ações em saúde, já que projetos podem não ser aplicados.

Como observado nas atas e informado pela gestora da saúde, o Conselho Municipal de Saúde não debate com regularidade a vigilância epidemiológica, tampouco assuntos relacionados ao controle da hanseníase, já que em apenas uma reunião, em 2008, isso ocorreu,

por conta de envio de ofício por parte da coordenação do PCH com a programação anual de trabalho, e onde fica claro que a participação da DAHW é de grande importância para a manutenção do programa.

A coordenação do PCH efetua anualmente a programação de trabalho para o ano seguinte, exigida pela secretaria de saúde, e envia para o CMS. Essa ação é realizada com a participação das coordenadoras das unidades de saúde e coordenação dos PSFs. A maneira como essa programação é formulada contribui favoravelmente, já que cada coordenadora coloca a realidade de sua área, podendo as ações serem desenhadas para cada unidade.

A realização das capacitações tem a participação da secretaria de saúde do estado, que envia técnicos treinados e com larga experiência para treinar os profissionais de saúde do município. A participação dos profissionais é sempre satisfatória, com alguma ressalva para os médicos, que nem sempre fazem questão de participar, apesar da liberação e obrigatoriedade.

As capacitações surtiram efeito na melhora do alcance das metas, relata a coordenadora do PCH, porém ainda alguns profissionais precisam ter maior comprometimento com essas ações.

É destacada a participação da pastoral da saúde e de agentes carcerários do município (que tem um presídio de pequeno porte), que auxiliam na educação em saúde e detecção de casos.

O número de unidades de saúde ainda não cobre a população total do município.

Autonomia financeira

A análise da autonomia financeira verifica o enquadramento das informações nas seguintes dimensões: recursos financeiros empregados provenientes dos governos federal e

estadual, recursos financeiros próprios do município, outras fontes de recursos, direcionamento dos recursos.

Os recursos financeiros para as ações em hanseníase disponibilizados pelo município são oriundos dos recursos provenientes das verbas para a saúde, mas não existe uma quantia específica. O recurso proveniente da DAHW é considerado essencial para o funcionamento do programa.

As unidades não recebem recursos diretamente, sendo os materiais de trabalho e campanhas fornecidos pela coordenação do PCH.

Autonomia administrativa

A análise da autonomia administrativa verifica o enquadramento das informações nas seguintes dimensões: supervisão das unidades, simultaneidade das coordenações do PSF e PCH, mudança de atores locais, instalações adequadas das unidades de saúde, materiais de consumo ofertados conforme a necessidade.

A troca de gestores nos últimos três anos - cinco vezes - é um fator complicador da autonomia administrativa. A gestão da saúde exige um tempo para conhecimento dos problemas e tomada de decisões, e a permanência por pouco tempo inviabiliza processos que necessitam do aval do gestor.

Outro fator complicador é a troca de profissionais médicos e enfermeiros nas unidades, visto que muitos são contratados por período de tempo limitado.

As supervisões quase semanais, com vistas dos relatórios de atividades e discussão são fatores abonadores das atividades do programa. Mas a falta de materiais para prevenção de incapacidades, como relatado, leva a crer que não existe uma organização dos itens a ser debatidos por conta dos coordenadores das unidades de saúde.

O fato de cinco unidades de saúde funcionarem em casas alugadas talvez atrapalhe o andamento do serviço, por falta de espaço, não possibilidade de adequação da estrutura do prédio, localização. A unidade de referência tem localização central, funcionando no prédio anexo do hospital O Bom Samaritano, com estrutura satisfatória para atendimento dos pacientes.

Autonomia técnica

A análise da autonomia técnica verifica o enquadramento das informações nas seguintes dimensões: qualificação e capacitação dos profissionais que executam as ações em hanseníase, identificação de casos suspeitos e diagnóstico, competência técnica e habilidade na prestação de assistência aos pacientes de hanseníase, garantia do tratamento com oferta de medicação, número de unidades que desenvolvem ações em hanseníase, dados do SINAN refletem a realidade local.

O município de Cáceres oferece assistência de qualidade às pessoas atingidas pela hanseníase, apesar de alguns pontos desabonadores em relação a alguns profissionais de saúde. Todas as unidades de saúde têm profissionais treinados e capazes de executar as ações em hanseníase, e que têm obrigação de fazê-lo, ofertam a medicação, sem que o paciente precise se deslocar para distante de sua residência e fazem suspeição do diagnóstico.

A ressalva fica por conta da atuação dos agentes comunitários de saúde, já que não constam nos prontuários relatos de visitas domiciliares e da unidade de saúde em que não se realiza diagnóstico da hanseníase.

O compromisso de treinar os profissionais é defendido e bem executado pela coordenação do PCH, auxiliado pela secretaria de saúde e coordenação dos PSFs. Talvez o fato de ser um município pequeno ajude nesse item.

É necessário, porém, buscar resolver a questão do vínculo, pois isso afeta a oferta de profissionais médicos nas unidades de saúde.

A situação de hiperendemicidade não se resolverá em curto prazo, e manter profissionais treinados efetivos e uma forma de se chegar a esse fim.

É importante frisar o desempenho quanto às informações encontradas na pesquisa e as disponíveis no SINAN, que não correspondem, e também quanto à manutenção do prontuário do paciente, temas que deveriam ser revistos.

7. CONCLUSÃO

- Não há concordância entre os dados observados nos prontuários e os dados registrados no SINAN para os parâmetros estudados, sendo que os primeiros elevam a coeficiente de detecção da doença no período pesquisado.
- A implantação das ações de controle da hanseníase em Cáceres-MT foi graduada aceitável, sendo prejudicada pela instalação física das unidades de saúde; recursos humanos capacitados nas ações em hanseníase, sendo médico, odontólogo e fisioterapeuta; atuação de médicos e agentes comunitários de saúde nos parâmetros de concentração; não completitude dos prontuários, principalmente com informações sobre grau de incapacidade e exames laboratoriais.
- O contexto organizacional influencia a implantação quanto ao Conselho Municipal de Saúde, que não atua efetivamente na formulação de estratégias e controle da execução da política de saúde para a hanseníase; alta rotatividade dos gestores municipais de saúde; rotatividade de profissionais treinados que mantém uma insuficiência de profissionais capacitados, principalmente médicos; os recursos repassados não tem destinação exclusiva para o PCH, o que dificulta sua aplicação e prejudica sua autonomia, fazendo com que este dependa do apoio financeiro da DAHW.
- As ações de controle da hanseníase, considerando esta avaliação, estão descentralizadas em Cáceres, mas com necessidade de revisão de parâmetros.
- É natural que serviços de saúde que atendem pessoas com hanseníase tenham necessidade cíclica de adequações em sua estrutura, processo para alcançar metas instituídas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALENCAR, O. M. et al. Trabalho do Agente Comunitário de Saúde no controle da hanseníase. **Rev. Rene.**, v. 13, n. 1, p. 103-113, 2012.

ALVES, C. J. M. et al. Avaliação do grau de incapacidade dos pacientes com diagnóstico de hanseníase em Serviço de Dermatologia do Estado de São Paulo. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, v. 43, n. 4, 460-461, 2010.

AMARAL, E. P.; LANA, F. C. F. Análise espacial da hanseníase na microrregião de Almenara, MG, Brasil. **Rev. Bras. Enf.**, v. 61, p. 701-707, 2008.

ANDRADE, V. A descentralização das atividades e a delegação das responsabilidades pela eliminação da hanseníase ao nível municipal. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, v. 8, n. 1, p. 47-51, 2000.

ANDRADE, V. Implementação da PQT/OMS no Brasil. **Hansen Int.**, v. 31, n. 1, p. 23-31, 2006.

ANTÔNIO, J. R. et al. Avaliação epidemiológica dos estados reacionais e incapacidades físicas em pacientes com hanseníase na cidade de São José do Rio Preto. **Arq. Ciênc. Saúde**, v. 18, n. 1, p. 9-14, 2011.

ARANTES, C. K. et al. Avaliação dos serviços de saúde em relação ao diagnóstico precoce da hanseníase. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 19, n. 2, p. 155-164, 2010.

ARAÚJO, D. Y. M. L.; ANDRADE, J. S. MADEIRA, M. Z. A. A atuação dos agentes comunitários de saúde no município de Teresina/PI sobre hanseníase. **Rev. Rene.**, n. 12 (esp.), p. 995-1002, 2011.

ARAÚJO, M. G. Hanseníase no Brasil. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, v. 36, n. 3, p.373-382, 2003.

BARRETO, J. A. **Avaliação de pacientes com hanseníase na faixa virchowiana diagnosticados entre 1990 e 2000 e tratados com poliquimioterapia 24 doses e seus contatos na fase de pós-eliminação em municípios de Santa Catarina.** São Paulo: FMUSP, 2011. Tese (Doutorado em Ciências), Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Saúde. Serviço Nacional de Leprosia. **Manual de Leprologia.** Rio de Janeiro, 1960.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.125, de 07 de Outubro de 2010. Aprova as diretrizes para vigilância, atenção e controle da hanseníase. In: **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 198, seção 1, p. 55-60, 15 Out., 2010.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 594, de 29 de Outubro de 2010. In: **Diário Oficial da União**, n. 211, seção 1, p. 78-79, 04 Nov., 2010b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde: Saúde da Família**. 2. ed. Brasília, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malaria, Tracoma e Tuberculose**. 2 ed. rev. Brasília, 2008b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. **Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde**. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Dermatologia Sanitária. **Diretrizes Nacionais para a Elaboração de Programas de Capacitação para a Equipe de Saúde da Rede Básica Atuar nas Ações de Controle da Hanseníase**. Brasília, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Dermatologia Sanitária. **Guia para Implantar/Implementar as Atividades de Controle da Hanseníase nos Planos Estaduais e Municipais de Saúde**. Brasília, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia para o Controle da Hanseníase**. 1ª. ed. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Capacitação em Prevenção de Incapacidades em Hanseníase**. Caderno do monitor. Brasília, 2010c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de Procedimentos Técnicos: Baciloscopia em Hanseníase**. Brasília: Editora MS, 2010d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. 6ª ed. Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. 7ª ed. Brasília, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Programa Nacional de Controle da Hanseníase-PNCH: Relatório de Gestão: maio de 2007 a dezembro de 2008**. Brasília, 2009b.

BAKKER, M. **Epidemiology and prevention of leprosy: a cohort study in Indonesia**. Amsterdam: KIT Publishers, 2005.

BRITTON, W. J.; LOCKWOOD, N. L. Leprosy. **The Lancet**, v. 363, p. 1209-1219, 2004.

BRYCESON, A.; PFALTZGRAFF, R. E. **Leprosy**. Third ed. London: Churchill-Livingstone, 1990.

CARVALHO, G. A.; ALVAREZ, R. R. A. Avaliação de incapacidades físicas neuro-músculo-esqueléticas em pacientes com hanseníase. **Hansen Int.**, v.1, n.25, p.39-48, 2000.

CLARO, L. B. L. **Hanseníase: representações sobre a doença**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1995.

COHEN, J. M. Hanseníase ocular: uma abordagem histórica. **Arq. Bras. Oftalmol.**, v. 72, n. 5, p. 728-733, 2009.

CONTANDRIOPOULOS, A-P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 705-711, 2006

CORRÊA, N. C. et al. Alteração da função hepática associada às drogas da poliquimioterapia para tratamento da hanseníase. **Hansen. Int.**, v. 35, supl. 1, n. 2, 2010.

CORTELA, D. C. B.; IGNOTTI, E. Conhecimento e experiências do cirurgião-dentista sobre hanseníase em Cáceres, MT, Brasil. **Rev. Odonto Ciênc.**, v. 23, n. 3, p. 243-250, 2008.

CRM-DF. Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal. **Prontuário médico do paciente: guia para uso prático**. Brasília: CRM-DF, 2006.

CUNHA, M. D. et al. Os indicadores da hanseníase e as estratégias de eliminação da doença, em município endêmico do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 5. p. 1197-1197, 2007.

DUERKSEN, F. A hanseníase e a neuropatia através da perspectiva de um cirurgião. **Hansen Int.**, v. 29, n. 1, p. 46-50, 2004.

DUERKSEN, F.; VIRMOND, M. **Cirurgia Reparadora e Reabilitação em Hanseníase**. Bauru: Centro de Estudos Dr. Reynaldo Quagliato, Instituto Lauro de Souza Lima, 1997.

FAÇANHA, M. C. et al. Hanseníase: subnotificação de casos em Fortaleza – Ceará, Brasil. **An. Bras. Dermatol.**, v. 81, n. 4, p. 329-333, 2006.

FELISBERTO, E. **Avaliação do processo de implantação da estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI) no Programa Saúde da Família (PSF) no estado de Pernambuco no período de 1998 a 1999**. Recife: NES/CPqAM/FIOCRUZ, 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas Ageu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz, 2001.

FERREIRA, F. X. **Análise da implantação do programa de eliminação da hanseníase em Manaus**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP, 2005. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 2005.

FIGUEIREDO, I. A. **O plano de eliminação da hanseníase no Brasil em questão: o entrecruzamento de diferentes olhares na análise da política pública**. São Luís: UFMA, 2006. Tese (Doutorado em Políticas Públicas), Universidade Federal do Maranhão, 2006.

FLEURY, R. N. Critérios para o emprego de classificação de Ridley e Jopling na rotina dos laboratórios de anatomia patológica: primeira parte. **Hansen Int.**, v. 30, n. 2, p. 201-205, 2005.

FOSS, N. T. Hanseníase: aspectos clínicos, imunológicos e terapêuticos. **An. Bras. Dermatol.**, v. 74, n. 2, p. 113-119, 1999.

FOSS, N. T. et al. **Hanseníase: Episódios Reacionais**. Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina. Projeto Diretrizes. São Paulo: AMB, 2003.

FUJIKAWA, P. L. **Avaliação da descentralização das ações de controle de hanseníase no município de Betim/MG: prevenindo incapacidades?** Belo Horizonte: UFMG, 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Universidade Federal de Minas Gerais, 2007.

GALLO, M. E. N. **Poliquimioterapia com duração fixa em hanseníase multibacilar**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ. Tese (Doutorado em Medicina Tropical), Instituto Oswaldo Cruz, 1998.

GARBINO, J. A. et al. **Hanseníase: Diagnóstico e Tratamento da Neuropatia**. Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina. Projeto Diretrizes. São Paulo: AMB, 2003.

GONÇALVES, P. J. et al. Hanseníase dimorfa-virchowiana em criança de 4 anos de idade: Até quando teremos menores de 15 anos entre casos novos de hanseníase no Brasil? **Hansen. Int.**, v. 36, n. 1, p. 146, 2011.

GONÇALVES, S. D.; SAMPAIO, R. F.; ANTUNES, C. M. F. Fatores preditivos de incapacidades em pacientes com hanseníase. **Rev. Saúde Pública**, v.43,n.2,p. 267-274, 2009.

GOULART, I. M. B.; PENNA, G. O.; CUNHA, G. Imunopatologia da hanseníase: a complexidade dos mecanismos de resposta imune do hospedeiro ao *Mycobacterium leprae*. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, v. 35, n. 4, p. 365-75, 2002.

HARTIGAN, K. **Rifampicin**. Disponível em <<http://www.inchem.org/documents/pims/pharm/rifam.htm>>. Acesso em 14 de Julho de 2012.

HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais a prática na análise de implantação de programas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

HARTZ, Z. M. A. Princípios e padrões em metaavaliação: diretrizes para os programas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 733-738, 2006.

HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades@. Mato Grosso. Cáceres. 2010. Disponível em < www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1 > Acesso em 25 de Julho de 2012.

IMBIRIBA, E. B. et al. Hanseníase em populações indígenas do Amazonas, Brasil: um estudo epidemiológico nos municípios de Altazes, Eirunepé e São Gabriel da Cachoeira (2000-2005). **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 5, p. 972-984, 2009.

IMBIRIBA, E. B. et al. Perfil epidemiológico da hanseníase em menores de 15 anos de idade, Manaus (AM), 1998-2005. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n. 6, p. 1021-1026, 2008.

- JUNQUEIRA, A. V.; CAIXETA, L. F. Hanseníase: revisão para o neurologista. **Rev. Bras. Neurol.**, v. 44, n. 3, p. 27-30, 2008.
- KAHAWITA, I. P.; WALKER, S. L.; LOCKWOOD, D. N. J. Leprosy type 1 reactions and erythema nodosum leprosum. **An. Bras. Dermatol.**, v. 83, n. 1, p. 75-82, 2008.
- KRUPA, D. S. et al. Leprosy: disease prevailing from past to present. **IJRPC**, v. 3, n. 2, p. 770-778, 2012.
- LANA, F. C. F. distribuição da hanseníase segundo sexo no município de Governador Valadares, Minas Gerais, Brasil. **Hansen. Int.** v. 28, n. 2, p. 131-137, 2003.
- LANZA, F.M. et al. Ações de controle da hanseníase: tecnologias desenvolvidas nos municípios do Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais. **Rev. Enferm. Cent. O. Min.**, v. 1, n. 2, p. 164-175, 2011.
- LANZA, F.; LANA, F. C. F. Acesso às ações de controle da hanseníase na atenção primária a saúde em uma microrregião endêmica de Minas Gerais. **Rev. APS**, v. 14, n. 3, p. 343-353, 2011.
- LEAL, A. M. O. Alterações endócrinas na hanseníase. **Medicina, Ribeirão Preto**, v. 30, p. 340-344, 1997.
- LEHMAN, L. F. et al. **Avaliação Neurológica Simplificada**. Belo Horizonte: ALM International, 2009.
- LIMA, H. M. N. et al. Perfil epidemiológico dos pacientes com hanseníase atendidos em Centro de Saúde em São Luís, MA. **Rev. Bras. Clin. Med.**, v. 8, n. 4, p. 323-327, 2010.
- LIMA, L. S. et al. Caracterização clínica-epidemiológica dos pacientes diagnosticados no município de Caxias, MA. **Rev. Bras. Clin. Med.**, v. 7, p. 74-83, 2009.
- LIMA, M. F. **Estratégias de promoção de saúde com portadores de hanseníase no município de Paracatu–MG**. Franca: UNIFRAN, 2009. Dissertação (Mestrado em Promoção de Saúde), Universidade de Franca, 2009.
- LINDEMANN, I. L. **Avaliação normativa do atendimento prestado pelo programa municipal de atendimento a portadores de diabetes mellitus de Santa Maria (RS)**. Porto Alegre: UFRS, 2004. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2004.
- LOBO, J. R. et al. Perfil epidemiológico dos pacientes diagnosticados com hanseníase através de exame de contato no município de Campos dos Goytacazes, RJ. **Rev. Bras. Clin. Med.**, v. 9, n. 8, p. 283 – 287, 2011.
- LOCKWOOD, D. N. J.; SARNO, E.; SMITH, W. C. Classifying leprosy patients – searching for the perfect solution?. **Lepr. Rev.**, v. 78, p. 317-320, 2007.
- MAGALHÃES, M. C. C. et al. Migração e hanseníase em Mato Grosso. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 14, n. 3, p. 386-397, 2011.

MARTINS, A. C. C.; CASTRO, J. C.; MOREIRA, J. S. Estudo retrospectivo de dez anos em endoscopia das cavidades nasais de pacientes com hanseníase. **Rev. Bras.Otorrinolaringol.**, v. 71, n. 5, p. 606-616, 2005.

MEIMA, A.; RICHARDUS, J. H.; HABBEMA, J. D. F. Trends in leprosy case detection worldwide since 1985. **Lepr. Rev.**, v. 75, n. 1, p. 16-33, 2004.

MELÃO, S. et al. Perfil epidemiológico dos pacientes com hanseníase no extremo sul de Santa Catarina, no período de 2001 a 2007. **Rev.Soc.Bras.Med.Trop.**, v.44.n,1,p.79-84,2011.

MENDONÇA, V. A. Imunologia da hanseníase. **An. Bras. Dermatol.**, v. 83, n. 4, p. 343-350, 2008.

MENDES, M. S. et al. Descentralização das ações de controle da hanseníase em João Pessoa (Paraíba): a visão dos gestores. **Cad. Saúde Colet.**, v. 16, n. 2, p. 217-230, 2008.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Saúde em casa: atenção à saúde do adulto. Hanseníase.** Belo Horizonte, 2006.

MIRANZI, S. S. C.; PEREIRA, L. H. M.; NUNES, A. A. Perfil epidemiológico da hanseníase em um município brasileiro, no período de 2000 a 2006. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.** v. 43, n. 1, p. 62 - 67, 2010.

MOREIRA, T. M. A. **Avaliação da descentralização das ações programáticas de hanseníase: um estudo de caso.** Rio de Janeiro: ENSP, 2002. Tese (Doutorado em Saúde Pública), Escola Nacional de Saúde Pública, 2002.

MORENO-TORAL, E.; LÓPEZ-DÍAZ, M. T. Dissertaciones sobre la lepra em la Sevilla de finales del Siglo de las Luces. **Rev. Neurol.**, v. 30, n. 9, p. 890-896, 2000.

MUNHOZ-JR, S.; FONTES, C. J. F.; MEIRELLES, S. M. P.; Avaliação do programa de controle da hanseníase em municípios mato-grossenses, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 31, n. 3, p. 282-287, 1997.

NARDI, S. M. T.; PASCHOAL, V. D. A.; ZANETTA, D. M. T. Frequência de avaliações e seu impacto na prevenção das incapacidades físicas durante o tratamento dos pacientes com hanseníase. **Hansen. Int.**, v. 30, n. 2, p. 157-166, 2005.

NERY, J. A. C. et al. Contribuição ao diagnóstico e manejo dos estados reacionais. Uma abordagem prática. **An. Bras. Dermatol.**, v. 81, n. 4, p. 367-375, 2006.

NTLP. **The National Tuberculosis and Leprosy Programme.** Zambia, 2008. Disponível em: < www.who.int/hiv/pub/guidelines/zambia_tb.pdf >. Acessado em 15 de Julho de 2012.

NUNZI, E.; MASSONE, C., (Ed.). **Leprosy: a practical guide.** Italia: Springer, 2012.

OLIVEIRA, F. F. L.; MACEDO, L. C. Perfil epidemiológico dos portadores de hanseníase em um município da região centro-oeste do Paraná. **Rev. Saúde e Biol.** v.7,n.1,p.47-51,2012.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. **Monitoramento da Eliminação da Hanseníase – LEM 2003.** Disponível em < www.paho.org/portuguese/ad/dpc/cd/lep-lem-manual.pdf >. Acesso em: 10 de Março de 2011.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. **Saúde nas Américas: 2007**. Vol. 1, regional. Washington, D.C, 2007.

OPH. Office of Public Health. **Hansen's Disease (Leprosy)**. Infectious Disease Control Manual. Louisiana Dept. of Health and Hospitals, 2004. Disponível em: < <http://new.dhh.louisiana.gov/assets/oph/Center-PHCH/Center-CH/infectious-epi/EpiManual/LeprosyManual.pdf> >.

OPROMOLLA, D. V. A., (Ed.). **Noções de Hansenologia**. Bauru: Centro de Estudos Dr. Reynaldo Quagliato, 2000.

OPROMOLLA, D. V. A.; URA, S. **Atlas de Hanseníase**. Bauru: Instituto Lauro de Souza Lima, 2002.

OPROMOLLA, D. V. A.; BACCARELLI, R., (Ed.). **Prevenção de incapacidades e reabilitação em hanseníase**. Bauru: Instituto Lauro de Souza Lima, 2003.

OPROMOLLA, P. A.; MARTELLI, A. C. C. A terminologia relativa à hanseníase. **An. Bras. Dermatol.** v. 80, n. 3, p. 293-294, 2005.

PEDRO, H. S. P. et al. Hanseníase: comparação entre a classificação operacional no sistema de informação de agravos de notificação e o resultado da baciloscopia. **Hansen. Int.**, v. 34, n. 2, p. 13-19, 2009.

PENNA, G. O. et al. Talidomida no tratamento do eritema nodoso hansênico: revisão sistemática dos ensaios clínicos e perspectivas de novas investigações. **An. Bras. Dermatol.**, v. 80, n. 5, p. 511-522, 2005.

PEREIRA, A. J. et al. Atenção básica de saúde e a assistência em Hanseníase em serviços de saúde de um município do Estado de São Paulo. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 61 (esp.), p. 716-725, 2008.

PEREIRA, E. V. E. et al. Perfil epidemiológico da hanseníase no município de Teresina, no período de 2001-2008. **An. Bras. Dermatol.**, v. 86, n. 2, p. 235-240, 2011.

PEREIRA, H. L. A. et al. Leprosy-related joint involvement. **Clin. Rheumatol.**, n. 28, p. 79-84, 2009.

PEREIRA-JR, A. C. Hanseníase de Lúcio. **An. Bras. Dermatol.**, v. 68, n. 1, p. 33-40, 1993.

PIMENTEL, M. I. F. et al. Descentralização do diagnóstico e tratamento da hanseníase no Estado do Rio de Janeiro: avanços e problemas. **Hansen. Int.**, v. 29, n. 2, p. 87-93, 2004.

PIMENTEL, M. I. F. et al. Influência do tempo de evolução prévio ao diagnóstico nas incapacidades presentes no exame inicial de pacientes portadores de hanseníase multibacilar. **Hansen. Int.**, v. 27, n. 2, p. 77-82, 2002.

PIMENTEL, M. I. F. et al. O exame neurológico inicial na hanseníase multibacilar: correlação entre a presença de nervos afetados com incapacidades presentes no diagnóstico e com a ocorrência de neurites francas. **An. Bras. Dermatol.**, v. 78, n. 5, p. 561-568, 2003.

PINTO, R. A. et al. Perfil clínico e epidemiológico dos pacientes diagnosticados com hanseníase em um hospital especializado em Salvador, Bahia. **Rev. B. S. Pública**, v. 34, n. 4, p. 906-918, 2010.

PIRES, C. A. A. et al. Hanseníase em menores de 15 anos: a importância do exame de contato. **Rev. Paul. Pediatr.**, v. 30, n. 2, 292-295, 2012.

QUEIRÓZ, M. L.; SCATENA, J. H. G. Distribuição espacial e temporal da hanseníase em Mato Grosso, no período de 1996 a 2007. **Cad. Saúde Colet.**, v. 17, n. 1, p. 145-161, 2009.

RAMOS, J. M. H.; SOUTO, F. J. D. Incapacidade pós-tratamento em pacientes hansenianos em Várzea Grande, Estado de Mato Grosso. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, v. 43, n. 3, p.293-297, 2010.

RICHARDUS, J. H.; HABEMMA, J. D. F. The impact of leprosy control on the transmission of *M. leprae*: is elimination being attained? **Lepr. Rev.**, v. 78, p. 330-337, 2007.

RIDLEY, D. S.; JOPLING, W. H. Classification of leprosy according to immunity: a five group system. **Inter. J. Lepr.**, v. 34, p. 255-73, 1966.

RUA, M. G. **A avaliação no ciclo da gestão pública.** Apostila do curso de Especialização em Políticas Públicas da Educação com Ênfase em Monitoramento e Avaliação – MPA. ENAP. MIMEO, 2004.

SALES, A. M. et al. Importância do reconhecimento clínico da hanseníase. **J. Bras. Med.**, v. 87, n. 1, p. 41-50, 2004.

SANCHES, L. A. T. et al. Detecção de casos novos de hanseníase no município de Prudentópolis, PR: uma análise de 1998 a 2005. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, v. 40, n. 5, p. 541-545, 2007.

SARTI, T. D. et al. A institucionalização da avaliação na atenção básica: alguns aspectos para a construção de práticas democráticas no contexto da estratégia saúde da família. **UFES Rev. Odont.**, v. 10, n. 1, p. 63-69, 2008.

SCOLLARD, D. M. et al. The Continuing Challenges of Leprosy. **Clinical Microbiology Reviews**, v. 19, n. 2, p. 338-381, 2006.

SILVA et al. A. R. Hanseníase no município de Buriticupu, Estado do Maranhão: busca ativa de casos na população adulta. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, v. 43, n. 6, p. 691-694, 2010.

SILVA, B. D. S. et al. Avaliação dos anticorpos séricos totais antiglicolípido fenólico de *Mycobacterium leprae* em indivíduos portadores de hanseníase e seus contatos domiciliares no Estado de Goiás, Brasil. **Revista de Patologia Tropical**, v. 38, n. 3, p. 187-196, 2009.

SILVEIRA, M. I. S.; PONTES, M. A. A; ALENCAR, N. M. N. Perfil laboratorial bioquímico e hematológico de uma população de pacientes diagnosticados com hanseníase: antes e durante a poliquimioterapia. **Hansen. Int.**, v. 35, supl. 1, n. 2, 2010.

SOBRINHO, R. A. S.; MATHIAS, T. A. F. Perspectivas de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública no Estado do Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 2, p. 303 – 314, 2008.

SOUSA, A. R. D. et al. Hanseníase simulando erupção liquenóide: relato de caso e revisão de literatura. **An. Bras. Dermatol.**, v. 85, n. 2, 221-223, 2010.

SOUZA, C. S. Hanseníase: formas clínicas e diagnóstico diferencial. **Medicina, Ribeirão Preto**, v. 30, p. 325-334, 1997.

SOUZA, L. C. D. et al. Avaliação da taxa de hemoglobina e ferro sérico em hansenianos virchowianos portadores de parasitas intestinais. **Salusvita**, v. 8, n. 1, p. 59-68, 1989.

SOUZA, P. C.; SCATENA, J. H. G. Avaliação normativa: utilizando indicadores de produção para analisar um hospital no contexto do sistema local e regional de saúde. **RAS**, v. 11, n. 43, p. 63-74, 2009.

SRINIVASAN, H. **Prevención de discapacidades em los enfermos de lepra: guia practica**. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1994.

TALHARI, S.; NEVES, R. G. **Dermatologia Tropical: Hanseníase**. 3 ed. Manaus: ISEA, 1997.

TRINDADE, L. C. et al. Fatores associados ao abandono do tratamento da hanseníase em João Pessoa, Estado da Paraíba. **Cad. Saúde Colet.**, v. 17, n. 1, p. 51-65, 2009.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 18, n. 6, p. 1561-1569, 2002.

VAN BRAKEL, W. H. et al. Early Diagnosis of Neuropathy in Leprosy-Comparing Diagnostic Tests in a Large Prospective Study (the INFIR Cohort Study). **PLoS Negl. Trop. Dis.**, v. 2, n. 4, 2008.

VÁSQUEZ, F. G. **Avaliação epidemiológica da hanseníase e dos serviços responsáveis por sua assistência no município de Coari-Amazonas**. Manaus: UFAM/FIOCRUZ/UFPA, 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias da Amazônia), Universidade Federal do Amazonas, Fundação Oswaldo Cruz, Universidade Federal do Pará, 2007.

VICTORA, C. G. Avaliando o impacto de intervenções em saúde. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 5, n. 1, p. 2-4, 2002.

VIEIRA, S. et al. Métodos de avaliação e tratamento da hanseníase: uma abordagem fisioterapêutica. **ConScientiae Saúde**, v. 11, nº 01, 2012.

VIRMOND, M.; VIETH, H. Prevenção de incapacidades na hanseníase: uma análise crítica. **Medicina, Ribeirão Preto**, v. 30, p. 358-363, 1997.

WATERS, M. F. To smear or not to smear? **Lepr. Rev.**, v. 73, n. 3, p. 211-214, 2002.

WHO. World Health Organization. Global Leprosy Situation, 2010. **Weekly Epidemiological Record**, Geneva, v. 85, n. 35, p. 337-348, 2010.

YADÓN, Z. E. et al., ed **Descentralización y gestión del control de las enfermedades transmisibles en América Latina**. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud, 2006.

YAWALKAR, S. J. **Leprosy for medical practitioner and paramedical workers**. 7th ed. Basle: Novartis, 2002

APÊNDICE I – Termo de consentimento livre e esclarecido



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Homologado pelo CNE (Portaria MEC 524, DOU 30/04/2008 - Parecer CES/CNE 33/2008, 29/04/2008)



Dissertação de Mestrado
Avaliação das Ações de Controle da Hanseníase em Município Hiperendêmico
do Estado de Mato Grosso

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto: Análise da Implantação das Ações de Controle da Hanseníase em Município Hiperendêmico do Estado de Mato Grosso.

1) Introdução

Você está sendo convidado a participar da pesquisa **“Análise da Implantação das Ações de Controle da Hanseníase em Município Hiperendêmico do Estado de Mato Grosso”**.

Sua participação é voluntária. Se decidir participar, é importante que leia estas informações sobre o estudo e o seu papel nesta pesquisa.

Você foi selecionado para este estudo por um dos seguintes motivos:

- Você é Gestor Municipal de Saúde de Cáceres.
- Você é Coordenador do Programa de Controle de Hanseníase do Município de Cáceres.
- Você é Coordenador de Unidade de Saúde do Município de Cáceres.

Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar o seu consentimento. Sua recusa não lhe trará nenhum prejuízo.

2) Objetivo do Estudo

O objetivo desta pesquisa é analisar a implantação das ações de controle da hanseníase e sua descentralização no município de Cáceres - Mato Grosso.

3) Procedimento do estudo

Se concordar em participar desta pesquisa você será solicitado a responder um questionário com algumas questões formuladas a respeito das ações em hanseníase desenvolvidas no município de Cáceres.

4) Benefícios

A pesquisa não trará a você benefícios diretos ou imediatos, mas permitira o levantamento de informações que poderão ser importantes para a identificação de itens a serem levados em consideração nas definições futuras de políticas e ações de controle da hanseníase em Cáceres, que poderão beneficiar profissionais e pacientes.

5) Caráter confidencial dos registros:

As informações obtidas a partir de sua participação, como sua identificação e suas colocações, são estritamente confidenciais.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Homologado pelo CNE (Portaria MEC 524, DOU 30/04/2008 - Parecer CES/CNE 33/2008, 29/04/2008)



Dissertação de Mestrado
Avaliação das Ações de Controle da Hanseníase em Município Hiperendêmico
do Estado de Mato Grosso

6) Para obter informações adicionais

Você receberá uma cópia deste termo de consentimento em que consta o telefone e endereço do pesquisador, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Caso você venha a sofrer algum dano relacionado ao estudo, ou tenha mais perguntas sobre o estudo, por favor, entre em contato com o pesquisador.

Você também pode consultar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas, pelo telefone (92) 3305-5130; E-mail: cep@ufam.edu.br. Endereço: Rua Teresina, 495, Adrianópolis – Manaus – AM. CEP 69.057-070.

7) Declaração de consentimento

Li ou alguém leu para mim as informações contidas neste documento antes de assinar este Termo de Consentimento. Declaro que fui informado sobre o procedimento a ser realizado, as inconveniências, os riscos e benefícios que podem vir a ocorrer em consequência dos procedimentos.

Declaro que tive tempo suficiente para ler e entender as informações acima. Declaro também que toda a linguagem técnica utilizada na descrição deste estudo de pesquisa foi satisfatoriamente explicada e que recebi respostas para todas as minhas dúvidas. Confirmando também que recebi uma cópia do formulário de consentimento. Compreendo que sou livre para me retirar do estudo a qualquer momento, sem perda de benefícios ou qualquer outra penalidade.

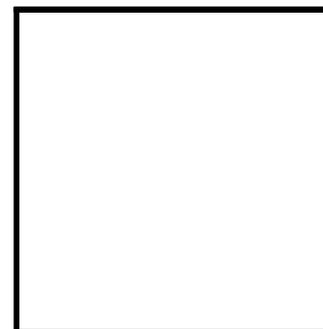
Deste modo, dou meu consentimento de livre e espontânea vontade e sem reservas para participar deste estudo como entrevistado.

Assinatura do participante do extenso

Assinatura

Cáceres, ____ de _____ de 2012.

Impressão
Datiloscópica



Atesto que expliquei cuidadosamente a natureza e o objetivo deste estudo, os possíveis riscos e benefícios da participação, junto ao convidado e/ou seu representante autorizado. Acredito que o convidado e/ou seu representante recebeu todas as informações necessárias, que foram fornecidas em linguagem adequada e compreensível e que ele compreendeu essa explicação.

Ednardo Fornanciar Antunes
Pesquisador

RG:1009083-5 SSP/MT

Telefones: (65) 9953-7911; (65) 3224-2323. E-mail: efa1801@gmail.com

Endereço: Rua Carlos Luz, 72 – Junco. Cáceres – MT.

Cáceres ____ de _____ de 2012.

APÊNDICE II – Roteiro para avaliação da estrutura



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Homologado pelo CNE (Portaria MEC 524, DOU 30/04/2008 - Parecer CES/CNE 33/2008, 29/04/2008)



Dissertação de Mestrado
Avaliação das Ações de Controle da Hanseníase em Município Hiperendêmico
do Estado de Mato Grosso

Identificação da Unidade de Saúde

Nome da US:

CNES:

Tipo de US: () UBS () PSF () PACS () Posto de Saúde () Mista

Prédio: () Próprio () Alugado

Tipo de Prédio: () Casa () Galpão () Construído pela Prefeitura

Endereço:

Data: / /



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Homologado pelo CNE (Portaria MEC 524, DOU 30/04/2008 - Parecer CES/CNE 33/2008, 29/04/2008)



Dissertação de Mestrado
 Avaliação das Ações de Controle da Hanseníase em Município Hiperendêmico
 do Estado de Mato Grosso

ROTEIRO PARA AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA DA UNIDADE DE SAÚDE

a) Instalação Física

ITENS ANALISADOS	SIM	NÃO
Recepção com Arquivo de Prontuários		
Recepção		
Sala de Arquivo de Prontuários		
Prontuários Agrupados por Família		
Sala de Espera		
Sala de Reuniões/Educação em Saúde		
Sala de Agentes Comunitários de Saúde		
Consultório com Sanitário		
Consultório		
Sala de Curativo/Procedimento		
Laboratório		
Sala de Vacina		
Farmácia		
Sanitário/Banheiro para Funcionários		
Sanitário para Usuário		
Copa/Cozinha		
Iluminação natural adequada		
Ventilação natural adequada		
Depósito de Materiais de Limpeza		
Abrigo de Resíduos Sólidos		
Depósito de Lixo		
Atendimento com porta fechada		
Água potável para tomada da PQT supervisionada		

Adaptado de Brasil (2008)



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Homologado pelo CNE (Portaria MEC 524, DOU 30/04/2008 - Parecer CES/CNE 33/2008, 29/04/2008)



Dissertação de Mestrado
 Avaliação das Ações de Controle da Hanseníase em Município Hiperendêmico
 do Estado de Mato Grosso

b) Recursos Materiais

ITENS ANALISADOS	SIM	NÃO
O ambulatório possui materiais de Prevenção de Incapacidades? (seguir descrição abaixo)		
Estesiômetro		
Fio Dental sem sabor		
Ficha de Avaliação Neurológica		
Ficha de Grau de Incapacidade		
Canetas para Marcação		
O ambulatório possui materiais educativos?		
Há livro de registro de casos novos atualizado?		
Quantidade de blisters adulto.		
Estoque se encontra na US? Se NÃO , onde?		
Estoque se encontra na Farmácia Municipal?		
Dispensação pela US?		
Dispensação pela Farmácia Municipal?		
Blisters dentro da validade?		
A temperatura ambiente é adequada para o armazenamento dos blisters?		
Existe livro de registro de entrada e saída da medicação?		
Houve prescrição de talidomida para mulheres com menos de 50 anos?		
Analisar prontuário e verificar se constava impossibilidade de gravidez. Nº casos		
Ficha de evolução clínica?		
Ficha de investigação epidemiológica?		
Exames laboratoriais de apoio?		
Realiza exame baciloscópico?		
Arquivo de hanseníase descentralizado?		
Se SIM , é prontuário único?		
Livro Índice?		
Ordenação: () Numérica () Alfabética		
Arquivo de aprazamento atualizado?		
BCG Disponível		
Copo descartável para tomada da PQT supervisionada?		

Adaptado de Brasil (2010)



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Homologado pelo CNE (Portaria MEC 524, DOU 30/04/2008 - Parecer CES/CNE 33/2008, 29/04/2008)



Dissertação de Mestrado
 Avaliação das Ações de Controle da Hanseníase em Município Hiperendêmico
 do Estado de Mato Grosso

c) Recursos Humanos Capacitados nas Ações em Hanseníase

1) Médico

- Número de profissionais da US _____
- Tempo médio de atuação do profissional no programa _____
- Número de profissionais treinados em Hansenologia _____
- Número de profissionais treinados em Prevenção de Incapacidades _____
- Número de profissionais treinados em Reabilitação _____

2) Enfermeiro

- Número de profissionais da US _____
- Tempo médio de atuação do profissional no programa _____
- Número de profissionais treinados em Hansenologia _____
- Número de profissionais treinados em Prevenção de Incapacidades _____
- Número de profissionais treinados em Reabilitação _____

3) Fisioterapeuta

- Número de profissionais da US _____
- Tempo médio de atuação do profissional no programa _____
- Número de profissionais treinados em Hansenologia _____
- Número de profissionais treinados em Prevenção de Incapacidades _____
- Número de profissionais treinados em Reabilitação _____

4) Odontólogo

- Número de profissionais da US _____
- Tempo médio de atuação do profissional no programa _____
- Número de profissionais treinados em Hansenologia _____
- Número de profissionais treinados em Prevenção de Incapacidades _____
- Número de profissionais treinados em Reabilitação _____

5) Assistente Social

- Número de profissionais da US _____
- Tempo médio de atuação do profissional no programa _____
- Número de profissionais treinados em Hansenologia _____
- Número de profissionais treinados em Prevenção de Incapacidades _____
- Número de profissionais treinados em Reabilitação _____

6) Psicólogo

- Número de profissionais da US _____
- Tempo médio de atuação do profissional no programa _____
- Número de profissionais treinados em Hansenologia _____
- Número de profissionais treinados em Prevenção de Incapacidades _____
- Número de profissionais treinados em Reabilitação _____



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Homologado pelo CNE (Portaria MEC 524, DOU 30/04/2008 - Parecer CES/CNE 33/2008, 29/04/2008)



Dissertação de Mestrado
 Avaliação das Ações de Controle da Hanseníase em Município Hiperendêmico
 do Estado de Mato Grosso

7) Farmacêutico

- Número de profissionais da US _____
- Tempo médio de atuação do profissional no programa _____
- Número de profissionais treinados em Hansenologia _____
- Número de profissionais treinados em Prevenção de Incapacidades _____
- Número de profissionais treinados em Reabilitação _____

8) Terapeuta Ocupacional

- Número de profissionais da US _____
- Tempo médio de atuação do profissional no programa _____
- Número de profissionais treinados em Hansenologia _____
- Número de profissionais treinados em Prevenção de Incapacidades _____
- Número de profissionais treinados em Reabilitação _____

9) Auxiliar de Enfermagem

- Número de profissionais da US _____
- Tempo médio de atuação do profissional no programa _____
- Número de profissionais treinados em Hansenologia _____
- Número de profissionais treinados em Prevenção de Incapacidades _____
- Número de profissionais treinados em Reabilitação _____

10) Agente Comunitário de Saúde

- Número de profissionais da US _____
- Tempo médio de atuação do profissional no programa _____
- Número de profissionais treinados em Hansenologia _____
- Número de profissionais treinados em Prevenção de Incapacidades _____
- Número de profissionais treinados em Reabilitação _____

Total de profissionais na US: _____

Total de profissionais da US treinados em hanseníase: _____

Adaptado de Vásquez, 2007.

APÊNDICE III – Roteiros para análise do processo



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Homologado pelo CNE (Portaria MEC 524, DOU 30/04/2008 - Parecer CES/CNE 33/2008, 29/04/2008)

Dissertação de Mestrado

Avaliação das Ações de Controle da Hanseníase em Município Hiperendêmico
do Estado de Mato Grosso



ROTEIROS PARA ANÁLISE DO PROCESSO OBSERVAÇÃO E ENTREVISTA COM O COORDENADOR DA UNIDADE DE SAÚDE

ROTEIRO 1 PARA ANÁLISE DO PROCESSO: ROTINA DA UNIDADE DE SAÚDE

ITENS ANALISADOS	SIM	NÃO	NSA
1. Esta US realiza o diagnóstico de casos de hanseníase?			
2. Esse procedimento faz parte da rotina de atendimento da Unidade?			
3. Qual profissional é o responsável por essa ação?			
4. Todos os profissionais que atuam nesta US conhecem os sinais e sintomas da hanseníase para identificar casos suspeitos?			
5. É realizada coleta de raspado intradérmico para baciloscopia? Se NÃO , onde é realizada?			
6. É realizada Avaliação Neurológica e do Grau de Incapacidade Física?			
6.1. No diagnóstico?			
6.2. Na alta?			
7. Qual profissional é responsável por essas ações?			
8. São realizados exames de contatos, com orientação e apoio, mesmo que o paciente esteja sendo atendido em uma unidade de saúde de maior complexidade?			
9. Qual profissional é responsável por essas ações?			
10. É realizada aplicação da BCG em contatos?			
11. Esta US realiza o tratamento padrão com poliquimioterapia?			
12. Qual profissional prescreve o tratamento?			
13. Qual profissional é responsável pela dispensação da medicação?			
14. Existe flexibilidade na dispensação da medicação?			
14.1. Quantos dias no mês ocorre a dispensação?			
14.2. É fornecido mais de um mês de tratamento se o paciente solicitar?			
15. Verificar a quantidade de blisters disponíveis para tratamento (em meses) PB e MB.	PB adulto	MB adulto	
	PB < 15 anos	MB < 15 anos	
16. Blisters estão dentro da validade?			
17. Esta US dá alta por cura?			
18. Qual profissional realiza essa ação?			
19. Esta US realiza o acompanhamento do paciente durante o tratamento e após a alta mesmo que ele esteja sendo atendido em uma unidade de saúde de maior complexidade?			
20. Qual profissional é responsável por essas ações?			
21. Esta US realiza a Prevenção de Incapacidades com técnicas simples e autocuidado apoiado pela equipe?			
22. Qual profissional é responsável por essas ações?			



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Homologado pelo CNE (Portaria MEC 524, DOU 30/04/2008 - Parecer CES/CNE 33/2008, 29/04/2008)



Dissertação de Mestrado

Avaliação das Ações de Controle da Hanseníase em Município Hiperendêmico
do Estado de Mato Grosso

23. Realiza-se avaliação das técnicas de autocuidados com os pacientes para verificar sua assimilação?			
24. Esta US realiza o encaminhamento de pacientes para outros profissionais ou serviços quando necessário?			
25. Qual profissional é responsável por essa ação?			
26. Esta US desenvolve ações educativas de promoção da saúde no âmbito dos serviços e da coletividade?			
27. Existe um profissional responsável por essas ações?			
28. Observar se há cartazes/pôsteres com informações sobre hanseníase fixados em local visível.			
29. A US realiza a Vigilância Epidemiológica? Se NÃO , onde é realizada?			
29.1. Identificação			
29.2. Acompanhamento de casos			
29.3. Exame de contatos			
29.4. Notificação ao SINAN			
30. O paciente é examinado quando comparece a US para a dose supervisionada, para verificar reações, efeitos adversos da medicação e dano neural?			
31. Qual profissional é responsável por essa ação?			
32. A US acompanha casos com reação mesmo que o paciente esteja sendo atendido em uma unidade de maior complexidade?			
33. Esta US dispõem de corticóides?			
34. Qual profissional é responsável pela dispensação dessa medicação?			
35. São praticadas atividades de curativos/debridamentos? Se NÃO , onde são realizadas?			
36. O paciente faltoso é procurado em até o máximo de 30 dias?			
37. Utiliza-se cartão de aprazamento?			

Adaptado de Brasil (2010; 2010b); OPAS (2003).



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Homologado pelo CNE (Portaria MEC 524, DOU 30/04/2008 - Parecer CES/CNE 33/2008, 29/04/2008)



Dissertação de Mestrado
 Avaliação das Ações de Controle da Hanseníase em Município Hiperendêmico
 do Estado de Mato Grosso

ROTEIRO 2 PARA ANÁLISE DO PROCESSO: PARÂMETROS DE CONCENTRAÇÃO EM HANSENÍASE

Ações / População alvo	Parâmetros	Observações	Observado na Pesquisa	Atende?
Consulta médica para pacientes paucibacilares	2 consultas/caso/ano			
Consulta enfermagem para pacientes paucibacilares	4 consultas/caso/ano			
Visita domiciliar do agente comunitário de saúde para pacientes paucibacilares	6 visitas/caso/ano			
Baciloscopia de BARR	1 por ano			
Consulta médica para pacientes multibacilares	3 consultas/caso/ano			
Consulta de enfermagem para pacientes multibacilares	9 consultas/caso/ano			
Visita Domiciliar ACS para pacientes multibacilares	12 V.D./caso/ano			
Administração de poliquimioterápico para pacientes paucibacilares	6 doses/caso/ano			
Administração de poliquimioterápico para pacientes multibacilares	12 doses/caso/ano			
Número de contatos estimado	4 contatos/caso			
Consulta médica para avaliação de contatos	1 consulta/comunicante			
Consulta de enfermagem para avaliação de contatos	4 consultas/comunicante			
Vacinação BCG em contatos	2 doses/contatos/ano	Se houver cicatriz vacinal basta uma dose		

Brasil (2006)



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Homologado pelo CNE (Portaria MEC 524, DOU 30/04/2008 - Parecer CES/CNE 33/2008, 29/04/2008)

Dissertação de Mestrado

Avaliação das Ações de Controle da Hanseníase em Município Hiperendêmico
do Estado de Mato Grosso



ROTEIRO 3 PARA ANÁLISE DO PROCESSO: COMPOSIÇÃO DO PRONTUÁRIO

(Tantos quanto o número de prontuários na Unidade de Saúde).

1

ITENS ANALISADOS NO PRONTUÁRIO	SIM	NÃO
Ficha de Avaliação Neurológica		
Ficha de Grau de Incapacidade		
Ficha de Evolução Clínica		
Ficha de Investigação Epidemiológica		
Baciloscopia		
Exames Laboratoriais		
Avaliação do Grau de Incapacidade no Diagnóstico		
Avaliação do Grau de Incapacidade na Alta		

4

ITENS ANALISADOS NO PRONTUÁRIO	SIM	NÃO
Ficha de Avaliação Neurológica		
Ficha de Grau de Incapacidade		
Ficha de Evolução Clínica		
Ficha de Investigação Epidemiológica		
Baciloscopia		
Exames Laboratoriais		
Avaliação do Grau de Incapacidade no Diagnóstico		
Avaliação do Grau de Incapacidade na Alta		

2

ITENS ANALISADOS NO PRONTUÁRIO	SIM	NÃO
Ficha de Avaliação Neurológica		
Ficha de Grau de Incapacidade		
Ficha de Evolução Clínica		
Ficha de Investigação Epidemiológica		
Baciloscopia		
Exames Laboratoriais		
Avaliação do Grau de Incapacidade no Diagnóstico		
Avaliação do Grau de Incapacidade na Alta		

5

ITENS ANALISADOS NO PRONTUÁRIO	SIM	NÃO
Ficha de Avaliação Neurológica		
Ficha de Grau de Incapacidade		
Ficha de Evolução Clínica		
Ficha de Investigação Epidemiológica		
Baciloscopia		
Exames Laboratoriais		
Avaliação do Grau de Incapacidade no Diagnóstico		
Avaliação do Grau de Incapacidade na Alta		

3

ITENS ANALISADOS NO PRONTUÁRIO	SIM	NÃO
Ficha de Avaliação Neurológica		
Ficha de Grau de Incapacidade		
Ficha de Evolução Clínica		
Ficha de Investigação Epidemiológica		
Baciloscopia		
Exames Laboratoriais		
Avaliação do Grau de Incapacidade no Diagnóstico		
Avaliação do Grau de Incapacidade na Alta		

6

ITENS ANALISADOS NO PRONTUÁRIO	SIM	NÃO
Ficha de Avaliação Neurológica		
Ficha de Grau de Incapacidade		
Ficha de Evolução Clínica		
Ficha de Investigação Epidemiológica		
Baciloscopia		
Exames Laboratoriais		
Avaliação do Grau de Incapacidade no Diagnóstico		
Avaliação do Grau de Incapacidade na Alta		



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Homologado pelo CNE (Portaria MEC 524, DOU 30/04/2008 - Parecer CES/CNE 33/2008, 29/04/2008)

Dissertação de Mestrado
 Avaliação das Ações de Controle da Hanseníase em Município Hiperendêmico
 do Estado de Mato Grosso



Autonomia administrativa

14. Quantas equipes de Saúde da Família esta US possui?
15. Qual o número de profissionais de saúde que trabalham nesta US?
16. Esta US participou de alguma campanha de hanseníase nos últimos três anos?
17. O paciente diagnosticado pela referência é referido para esta US para a continuidade do tratamento?
18. Esta US desenvolve atividades para vigilância de contatos? Quais?
19. Esta US desenvolveu alguma ação visando o combate ao estigma da hanseníase nos últimos três anos?
20. Existe um profissional gerente responsável pela área da hanseníase no município?
21. Existe uma sistemática de realização de reuniões com os profissionais da US? Qual a periodicidade?

Autonomia financeira

22. Esta US dispõe de recursos para campanhas?
23. Qual a origem desses recursos?

Autonomia técnica

24. Quantos profissionais realizam atendimento aos pacientes de hanseníase?
25. Esses profissionais possuem treinamento em hanseníase?
26. Esses profissionais também atendem à população em geral?
27. Nos últimos três anos foram realizadas atividades de capacitação/atualização/conscientização para profissionais de saúde que atuam no atendimento aos pacientes de hanseníase?
28. Esta US realiza atividades de Prevenção de Incapacidades Físicas e Reabilitação? Quais?
29. Você poderia descrever a situação epidemiológica da hanseníase no município?
30. Esta US dispõe de material educativo/informativo para dispor à população? Quais?
31. A quantidade desse material é suficiente?
32. Os resultados alcançados nas avaliações são empregados na tomada de decisão?
33. Qual profissional é responsável pelo preenchimento da Ficha de Notificação da hanseníase?
34. Esse profissional é capacitado para essa atividade?
35. É verificada a qualidade dos dados informados na Ficha de Notificação?
36. Esta US adota as recomendações para o diagnóstico precoce da hanseníase? Quais?
37. Você considera que as ações de controle da hanseníase se desenvolveram no município com continuidade e de maneira adequada nos últimos três anos?



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Homologado pelo CNE (Portaria MEC 524, DOU 30/04/2008 - Parecer CES/CNE 33/2008, 29/04/2008)

Dissertação de Mestrado

Avaliação das Ações de Controle da Hanseníase em Município Hiperendêmico
do Estado de Mato Grosso



UFAM
100 anos

38.A US realiza atividades de avaliação das ações em hanseníase?

39.Em que se compõe essa avaliação?

40.Esta US recebe supervisão da Coordenação do Programa de Controle da Hanseníase? Qual a periodicidade?

41.Esta US possui indicadores de monitoramento das atividades de hanseníase desenvolvidas aqui?

42.A senhora gostaria de fazer algum sugestão/apontamento sobre algum dos tópicos abordados nesta entrevista?

Perguntar apenas em caso de resposta **negativa** na pergunta **6**:

43.Em sua história, esta US já acolheu pacientes de hanseníase?

44.Há quanto tempo esse atendimento deixou de ser realizado?

45.Qual o motivo da suspensão desse atendimento?



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Homologado pelo CNE (Portaria MEC 524, DOU 30/04/2008 - Parecer CES/CNE 33/2008, 29/04/2008)

Dissertação de Mestrado

Avaliação das Ações de Controle da Hanseníase em Município Hiperendêmico
do Estado de Mato Grosso



ROTEIRO PARA ANÁLISE DO CONTEXTO

INSTRUMENTO 2 – ENTREVISTA COM O COORDENADOR DO PCH

a) Identificação:

- | | | |
|------------------------------|--------------------------------------|---|
| 1. Categoria Profissional: | 2. Especialidade: | 3. Tempo de criação da Coordenação: |
| 4. Tempo em que atua no PCH: | 5. Tempo em que atua na Coordenação: | |
| 6. Sexo: (M) (F) | 7. Idade: | 8. Funcionário Efetivo: () Sim () Não |
| | | 9. Data: / / |

b) Questionário:

Autonomia política

1. Existe alguma parceria para a realização das capacitações? Quais?
2. Para os casos que necessitam de cuidados o município oferece existe referência e contra referência?
3. Existe uma referência para os casos que necessitam de cuidados não oferecidos pelo município?
4. Existe transporte gratuito para tratamento fora do município?
5. Existe um plano de ação para controle da hanseníase no município elaborado com a participação de representantes das US?
6. O PCH tem suas ações discutidas nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde?
7. As metas para a hanseníase no Pacto de Indicadores para Atenção Básica contribuíram para a melhoria do programa? De que forma?
8. Existe alguma instituição ou serviço não vinculado ao poder municipal que desenvolve ações em hanseníase no município?

Autonomia administrativa

9. A senhora exerce alguma outra função conjuntamente com a de Coordenadora do PCH?
10. Quais atividades são desenvolvidas pela Coordenação?
11. Quantos profissionais atuam na Coordenação?
12. Esse número é suficiente para atender às responsabilidades da Coordenação? Se **NÃO**, quantos profissionais seriam necessários e para quais responsabilidades?



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Homologado pelo CNE (Portaria MEC 524, DOU 30/04/2008 - Parecer CES/CNE 33/2008, 29/04/2008)



Dissertação de Mestrado

Avaliação das Ações de Controle da Hanseníase em Município Hiperendêmico
do Estado de Mato Grosso

13. Quantos serviços de saúde existem no município?
14. Quantos realizam alguma atividade de controle da hanseníase?
15. Existe rotatividade de profissionais nas US, particularmente profissionais capacitados em hanseníase? Se **SIM**, qual a razão dessa rotatividade? O atendimento fica prejudicado?
16. O PCH dispõe de recursos suficientes para atender as necessidades das pessoas acometidas pela hanseníase? Existe uma referência para os casos que necessitem de cuidados não oferecidos pelo município?
17. É realizado o cálculo da quantidade de medicamento necessária para cada três meses no mínimo? Quem realiza é responsável por essa atividade?
18. A reposição do estoque é solicitada com a antecedência determinada pela Secretaria Estadual de Saúde para não prejudicar o tratamento dos pacientes?
19. Houve falta da medicação da hanseníase nos últimos 12 meses? Se **SIM**, qual o motivo?
20. Existe uma sistemática de realização de reuniões da Coordenação com os profissionais das US? Qual a periodicidade?
21. O município realizou alguma campanha de hanseníase nos últimos três anos?
22. A Coordenação realiza visitas de supervisão às US? Qual a periodicidade?
23. Esta Coordenação dispõe de material educativo/informativo para dispor à população? Quais?
24. A quantidade desse material é suficiente?
25. Os achados são discutidos com os profissionais das US?
26. Quais fontes de informação para tomada de decisão a Coordenação utiliza?
27. A senhora considera que as ações de controle da hanseníase se desenvolveram no município com continuidade e de maneira adequada nos últimos três anos?

Autonomia financeira

28. Esta coordenação conta com recursos para a realização de capacitações? Qual a origem desses recursos?
29. Esta Coordenação dispõe de recursos para campanhas?
30. Qual a origem desses recursos?

Autonomia técnica

31. Quantos profissionais capacitados para o atendimento em hanseníase o município possui?
32. Quantos são funcionários efetivos?
33. Quais dessas atividades são realizadas e em quantos serviços?

Suspeição Diagnóstica	Diagnóstico e Tratamento	Prevenção de Incapacidades	Tratamento de Incapacidades	Intercorrências Ambulatoriais	Intercorrências Hospitalares	Reabilitação	Divulgação



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Homologado pelo CNE (Portaria MEC 524, DOU 30/04/2008 - Parecer CES/CNE 33/2008, 29/04/2008)



Dissertação de Mestrado
 Avaliação das Ações de Controle da Hanseníase em Município Hiperendêmico
 do Estado de Mato Grosso

34. Nos últimos três anos foram realizadas atividades de capacitação/atualização/conscientização para profissionais de saúde que atuam no atendimento aos pacientes de hanseníase?

Hansenologia Prevenção de Incapacidades Reabilitação

35. Nos últimos três anos foram realizadas atividades de capacitação/conscientização para profissionais de saúde que não possuem experiência com a hanseníase?

Hansenologia Prevenção de Incapacidades Reabilitação

36. Existe alguma dificuldade ou facilidade para liberação de profissionais para capacitações/treinamentos? Quais?

37. As capacitações são direcionadas pedagogicamente? Quais as características pedagógicas empregadas?

38. Realiza-se avaliação das capacitações? Quais instrumentos são empregados?

39. Os profissionais de saúde conhecem os sinais e sintomas da hanseníase para identificar casos suspeitos?

Todos A maioria Alguns Nenhum Não sei

40. Os médicos sabem diagnosticar a hanseníase e determinar o tratamento adequado para cada caso?

Todos A maioria Alguns Nenhum Não sei

41. As unidades de saúde possuem profissionais capazes de avaliar e acompanhar os pacientes em tratamento, fazer curativos, resolver as complicações da doença e saber para onde devem encaminhar os casos mais graves?

42. A senhora poderia descrever a situação epidemiológica da hanseníase no município?

43. A notificação de casos de hanseníase nas Unidades de Saúde é realizada pela Ficha de Notificação do SINAN? Se **NÃO**, como é realizada?

44. É verificada a qualidade dos dados informados na Ficha de Notificação?

45. Os dados de acompanhamento de casos são atualizados periodicamente no sistema?

46. Os dados são processados pelo município?

47. A senhora gostaria de fazer algum sugestão/apontamento sobre algum dos tópicos abordados nesta entrevista?



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Homologado pelo CNE (Portaria MEC 524, DOU 30/04/2008 - Parecer CES/CNE 33/2008, 29/04/2008)



Dissertação de Mestrado
 Avaliação das Ações de Controle da Hanseníase em Município Hiperendêmico
 do Estado de Mato Grosso

Autonomia administrativa

16. O CMS avalia a descentralização das ações programáticas de eliminação da hanseníase?
17. É realizada supervisão sistemática das US?
18. Nos últimos três anos houve substituição do Gestor Municipal de Saúde? Quantas vezes?
19. A senhora considera que as ações de controle da hanseníase se desenvolveram no município com continuidade e de maneira adequada nos últimos três anos?

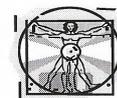
Autonomia técnica

20. Quantas US existem no município?
 21. Quantas desenvolvem ações em hanseníase?
 22. As US possuem profissionais capacitados em hanseníase?
 23. O município promove capacitações para os profissionais de saúde?
 24. Existe rotatividade de profissionais nas US, profissionais capacitados em hanseníase, coordenadores?
- Se SIM, qual a razão dessa rotatividade? O atendimento fica prejudicado?

ANEXO I: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas – CEP/UFAM



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP/UFAM



PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas aprovou, em reunião ordinária realizada nesta data, por unanimidade de votos, o Projeto de Pesquisa protocolado no CEP/UFAM com CAAE nº. 0485.0.115.000-11, intitulado: “ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DAS AÇÕES DE CONTROLE DA HANSENÍASE EM MUNICÍPIO HIPERENDÊMICO DO ESTADO DE MATO GROSSO” tendo como Pesquisador Responsável Ednardo Fornanciar Antunes.

Sala de Reunião da Escola de Enfermagem de Manaus – EEM da Universidade Federal do Amazonas, em Manaus/Amazonas, 07 de dezembro de 2011.

Prof. MSc. Plínio José Cavalcante Monteiro
Coordenador CEP/UFAM

ANEXO II - Autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Cáceres – MT.**ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA MUNICIPAL DE CÁCERES
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Prezado(s) Senhor(s):

**EDNARDO FORNANCIARI ANTUNES; MARIA DA GRAÇA SOUZA CUNHA
NELSON ABRAHIM FRAIJI**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS/ MESTRADO EM CIENCIAS
DA SAUDE**

NESTA

Ofício nº.377/2011/SMS-GAB.

Cáceres/MT., 03 de abril de 2011

**Referência: SOLICITAÇÃO DE VISITA AS UNIDADES DE SAUDE PARA
PESQUISA**

Prezados Senhores,

Cumprimentando-o respeitosamente nos dirigimos a Vossa
Senhoria em atenção à solicitação para visita as unidades de saúde do Município
de Cáceres, para subsidiar pesquisa de mestrado, tendo como objeto o Programa
de Controle da Hanseníase nesse Município.

Ante o exposto, posicionamos favorável ao pleito, ficando no
aguardo do documento de aprovação do Comitê de Ética da Instituição.

Sem mais para o momento, apresentamos votos de elevada estima e
distintas considerações.

Cordialmente

**Arlene Janíssara de Oliveira Alcântara
Secretaria Municipal de Saúde-interina**

Av. Getulio Vargas, s/n, Vila Mariana – CEP 78200-000
Cáceres – MT – Fone/Fax: (65) 3223-4544 / (65) 3223-4144
e-mail: saúde.caceres@lbest.com.br

ANEXO III: Quadro de Indicadores Epidemiológicos da hanseníase.

Indicador	Construção	Utilidade	Parâmetros
Coefficiente de detecção anual de casos novos de hanseníase por 100.000 habitantes	Numerador: casos novos residentes em determinado local e diagnosticados no ano da avaliação Denominador: população total residente no mesmo local e período. Fator de multiplicação: 100.000	Medir força de morbidade, magnitude e tendência da epidemia.	Hiperendêmico: ≥ 40,00/100.000 hab. Muito Alto: 20,00 a 39,99/100.000 hab. Alto: 10,00 a 19,99 /100.000 hab. Médio: 2,00 a 9,99 /100.000 hab. Baixo: < 2,00/100.000 hab.
Coefficiente de detecção anual de casos novos de hanseníase na população de 0 a 14 anos por 100.000 habitantes	Numerador: casos novos em menores de 15 anos de idade residentes em determinado local e diagnosticados no ano da avaliação Denominador: população de 0 a 14 anos no mesmo local e período. Fator de multiplicação: 100.000	Medir força da transmissão recente da epidemia e sua tendência.	Hiperendêmico: ≥ 10,00/100.000 hab. Muito Alto: 5,00 a 9,99 /100.000 hab. Alto: 2,50 a 4,99 /100.000 hab. Médio: 0,50 a 2,49 /100.000 hab. Baixo: < 0,50/100.000 hab.
Proporção de casos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico, entre os casos novos detectados e avaliados no ano ⁽¹⁾	Numerador: casos novos com grau 2 de incapacidade física no diagnóstico, residentes em determinado local e detectados no ano da avaliação Denominador: casos novos com grau de incapacidade física avaliado, residentes no mesmo local e período Fator de multiplicação: 100	Avaliar a efetividade das atividades de detecção oportuna e/ou precoce de casos	Alto: ≥ 10% Médio: 5 a 9,9% Baixo: < 5%
Coefficiente de casos novos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico por 100.000 habitantes.	Numerador: casos novos com grau 2 de incapacidade física no diagnóstico, residentes em determinado local e detectados no ano da avaliação Denominador: população residente no mesmo local e período Fator de multiplicação: 100.000	Avaliar as deformidades causadas pela hanseníase na população geral e compará-las com outras doenças incapacitantes	A Organização Mundial de Saúde - OMS não definiu parâmetros para esse indicador. A meta global da OMS é reduzir este coeficiente em pelo menos 35% de 2011 a 2015. No Brasil, a meta é reduzir em 13%, de 2008 a 2015.
Coefficiente anual de prevalência de hanseníase por 10.000 habitantes	Numerador: casos residentes em determinado local e em tratamento em 31/12 do ano de avaliação Denominador: população total residente no mesmo local no ano de avaliação Fator de multiplicação: 10.000	Medir a magnitude da epidemia	Hiperendêmico: ≥ 20,0/10.000 hab. Muito Alto: 10,0 a 19,9 /10.000 hab. Alto: 5,0 a 9,9 /10.000 hab. Médio: 1,0 a 4,9 /10 000 hab. Baixo: < 1,0 /10.000 hab.
Proporção de casos de hanseníase curados com grau 2 de incapacidade física dentre os casos avaliados no momento da alta por cura no ano ⁽¹⁾	Numerador: casos com grau 2 de incapacidade física na alta por cura, residentes em determinado local e curados no ano da avaliação Denominador: casos com grau de incapacidade física avaliados na alta por cura, no mesmo local e período. Fator de multiplicação:100	Avaliar a transcendência da doença e subsidiar a programação de ações de prevenção e tratamento de incapacidades pós-alta por cura	Alto: ≥ 10% Médio: 5 a 9,9% Baixo: < 5%

Fonte: Brasil, 2010.

- (1) Indicador calculado somente quando o percentual de casos com grau de incapacidade física avaliado for maior ou igual a 75%.
- (2) Indicador a ser calculado por local de residência atual do paciente. Deverão ser retirados do denominador apenas os casos considerados como erro diagnóstico.
- (3) Os anos das coortes são diferenciados conforme a classificação operacional atual e data de diagnóstico de hanseníase.

ANEXO IV: Quadro de Indicadores Operacionais da hanseníase.

Indicador	Construção	Utilidade	Parâmetros
Proporção de casos novos de hanseníase com o grau de incapacidade física avaliado no diagnóstico	Numerador: casos novos de hanseníase com o grau de incapacidade física avaliado no diagnóstico, residentes em determinado local e detectados no ano da avaliação Denominador: casos novos de hanseníase residentes no mesmo local e diagnosticados no ano da avaliação Fator de multiplicação: 100	Medir a qualidade do atendimento nos Serviços de Saúde e monitorar os resultados das ações da Programação de Ações de Vigilância em Saúde -PAVS.	Bom \geq 90% Regular 75 a 89,9% Precário < 75%
Proporção de cura de hanseníase entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes ⁽²⁾ ⁽³⁾	Numerador: casos novos residentes em determinado local, diagnosticados nos anos das coortes e curados até 31.12 do ano de avaliação Denominador: total de casos novos residentes no mesmo local e diagnosticados nos anos das coortes Fator de multiplicação: 100	Avaliar a qualidade da atenção e do acompanhamento dos casos novos diagnosticados até a completitude do tratamento. Monitorar o Pacto pela Vida (Portaria nº 325/GM, de 21 de fevereiro de 2008)	Bom \geq 90% Regular 75% a 89,9% Precário < 75%
Proporção de casos curados no ano com grau de incapacidade física avaliado	Numerador: casos curados no ano com o grau de incapacidade física avaliado por ocasião da cura residentes em determinado local Denominador: total de casos curados no ano residentes no mesmo local Fator de multiplicação: 100	Medir a qualidade do atendimento nos Serviços de Saúde e monitorar o resultado das ações da PAVS.	Bom \geq 90% Regular 75 a 89,9% Precário < 75%
Proporção de examinados entre os contatos intradomiciliares registrados dos casos novos de hanseníase no ano	Numerador: contatos intradomiciliares examinados referentes aos casos novos residentes em determinado local e diagnosticados no ano de avaliação Denominador: total de contatos intradomiciliares registrados referentes aos casos novos residentes no mesmo local e diagnosticados no ano de avaliação Fator de multiplicação: 100	Avaliar a capacidade dos serviços em realizar a vigilância de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase para detecção de novos casos. Monitorar o resultado das ações da PAVS.	Bom: \geq 75% Regular: 50 a 74,9% Precário: < 50%
Proporção de casos de hanseníase em abandono de tratamento entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes ⁽³⁾	Numerador: casos residentes em determinado local, informados como abandono entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes Denominador: total de casos novos residentes no mesmo local e diagnosticados nos anos das coortes Fator de multiplicação: 100	Avaliar a qualidade da atenção e do acompanhamento dos casos novos diagnosticados até a completitude do tratamento	Bom: < 10% Regular: 10 a 24,9% Precário: \geq 25%

Fonte: Brasil, 2010.

(2) Indicador a ser calculado por local de residência atual do paciente. Deverão ser retirados do denominador apenas os casos considerados como erro diagnóstico.

(3) Os anos das coortes são diferenciados conforme a classificação operacional atual e data de diagnóstico de hanseníase.

ANEXO V: Definição de Serviço de Atenção Integral em Hanseníase

Aquele que possui condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos capacitados para a realização das ações mínimas descritas a seguir (BRASIL, 2010b):

Serviço de Atenção Integral em Hanseníase Tipo I:

- a) Ações educativas de promoção da saúde no âmbito dos serviços e da coletividade;
- b) Vigilância epidemiológica: identificação, acompanhamento dos casos, exame de contato e notificação ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN;
- c) Diagnóstico de casos de hanseníase;
- d) Avaliação neurológica simplificada e do grau de incapacidade;
- e) Exame dos contatos, orientação e apoio, mesmo que o paciente esteja sendo atendido em serviço do Tipo II e III;
- f) Tratamento com poliquimioterapia (PQT) padrão;
- g) Acompanhamento do paciente durante o tratamento da hanseníase e após a alta, mesmo que ele esteja sendo atendido em serviço do Tipo II ou III;
- h) Prevenção de incapacidades, com técnicas simples e autocuidado apoiado pela equipe;
- i) Encaminhamento para outros profissionais ou serviços

ANEXO VI: Parâmetros de Concentração em Hanseníase

Ações / População alvo	Parâmetros	Observações
Consulta/atendimento de urgência	1 consulta ou atendimento de urgência para 10% dos casos com intercorrências/ ano	
Consulta médica para pacientes paucibacilares	2 consultas/caso/ano	
Consulta enfermagem pacientes paucibacilares	4 consultas/caso/ano	
Visita domiciliar do agente comunitário de saúde para pacientes paucibacilares	6 visitas/caso/ano	
Coleta de linfa para pesquisa de <i>Mycobacterium leprae</i>	1 coleta/caso novo/ano	
Baciloscopia de BARR	1 por ano	
Consulta médica para pacientes multibacilares	3 consultas/caso/ano	
Consulta de enfermagem para pacientes multibacilares	9 consultas/caso/ano	
Visita Domiciliar ACS para pacientes multibacilares	12 v.d./caso/ano	
Administração de poliquimioterápico para pacientes paucibacilares	6 doses/caso/ano	
Administração de poliquimioterápico para pacientes multibacilares	12 doses/caso/ano	
Número de contatos estimado	4 contatos/caso	
Consulta médica para avaliação de contatos	1 consulta/comunicante	
Consulta de enfermagem para avaliação de contatos	4 consultas/comunicante	
Vacinação BCG em contatos	2 doses/contatos/ano	Se houver cicatriz vacinal basta uma dose
Curativos, debridamentos	1 curativo para 15% dos casos/ano	
Atendimento de enfermagem nível médio para pacientes paucibacilares	6 atendimentos/caso/ano	
Atendimento de enfermagem nível médio para pacientes multibacilares	12 atendimentos/caso/ano	
Atendimento em prevenção de incapacidades para pacientes multibacilares	12 atendimentos/caso/ano	Pode ser atendimento de enfermeiro, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, técnico de enfermagem ou outro, conforme realidade local
Atendimento em prevenção incapacidades para pacientes paucibacilares	6 atendimentos/caso/ano	

ANEXO VII: Ficha de Avaliação Neurológica em Hanseníase - frente

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA EM HANSENIASE															
Nome: _____				Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.				Nº do Pront. _____							
Forma Clínica: _____				Ocupação: _____				Data: ____/____/____							
DATA					QUEIXAS										
1º	____/____/____														
2º	____/____/____														
3º	____/____/____														
4º	____/____/____														
5º	____/____/____														
DIREITO					AVALIAÇÃO					ESQUERDO					
1º	2º	3º	4º	5º	FACE					1º	2º	3º	4º	5º	
					Condições de septo nasal										
					Sensibilidade corneana										
					Força muscular (lagofalmo)										
					Acuidade visual										
MÃOS															
					Nervo ulnar (palpação)										
					Abdução do 2º dedo (força muscular)										
					Abdução do 5º dedo (força muscular)										
					Posição intrínseca do 5º dedo (força muscular)										
					Nervo mediano (palpação)										
					Abdução do polegar (força muscular)										
					Nervo radial (palpação)										
					Extensores do punho (força muscular)										
					Mobilidade articular										
PÉ															
					Nervo fibular (palpação)										
					Extensão do hálux (força muscular)										
					Extensão dos artelhos (força muscular)										
					Dorsiflexão (força muscular)										
					Eversão (força muscular)										
					N. Tibial Posterior (palpação)										
					Mobilidade articular										
PALPAÇÃO DE NERVOS			FORÇA MUSCULAR		SENSIBILIDADE CORNEANA		ACUIDADE VISUAL		CONDIÇÕES DO SEPTO NASAL			MOBILIDADE ARTICULAR			
N = Normal E = Espessado F = Fibrosado			NO = Nódulo D = Dor T = Tinel		N = Normal D = Diminuído P = Paralítico		N = Normal A = Ausente		N = Normal D = Diminuída		N = Normal A = Alterado			N = Normal M = Móvel R = Rígida	
GRAU DE INCAPACIDADE - O.M.S															
GRAUS	OLHO				MÃO				PÉ				Comprometimento da Laringe (Sim) (Não)		
	SINAIS E/OU SINT.		D	E	SINAIS E/OU SINT.		D	E	SINAIS E/OU SINT.		D	E			
0	Nenhum problema com os olhos devido a hanseníase				Nenhum problema com as mãos devido a hanseníase				Nenhum problema com os pés devido a hanseníase				Desabamento do Nariz (Sim) (Não)		
1	Diminuição ou perda da sensibilidade				Diminuição ou perda da sensibilidade				Diminuição ou perda da sensibilidade				Paralisia Facial (Sim) (Não)		
													Início	Grau Max.	
2	Lagofalmo e/ou ectrópio				Lesões tróficas e/ou lesões traumáticas				Lesões tróficas e/ou lesões traumáticas				Final		
	Triquitase												Garras		Garras
	Opacidade corneana central				Reabsorção				Reabsorção				Final		
	Acuidade visual menor que 0,1 ou não conta dedos a 6 m.												Mão caída		Pé caído
								Contratura do Tomozelo							

Ficha de Avaliação Neurológica em Hanseníase - frente

INSPEÇÃO				
Reabsorção ////	Calo △	Lesão Fechada (.....mm xmm) ⊗	Lesão Aberta (.....mm xmm) ○	Fissura (((
SENSIBILIDADE				
DIREITA	ESQUERDA	DIREITA	ESQUERDA	DATA
				1° _/_
				2° _/_
				3° _/_
				4° _/_
				5° _/_

Nº de Ordem	Tratamento	1°	2°	3°	4°	5°
1	Orientações sobre auto-cuidados					
2	Hidratação e lubrificação					
3	Exercícios					
4	Retirada de Cílios					
5	Colírio					
6	Pomada					
7	Curativos					
8	Talas Gessadas					
9	Modificação de Calçados					
10	Encaminhamento					
Assinatura do Avaliador						

OBSERVAÇÕES:

ANEXO VIII – Ficha de notificação/investigação epidemiológica da hanseníase – SINAN.

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº
		FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO HANSENÍASE		
Caso confirmado de Hanseníase: pessoa que apresenta uma ou mais das seguintes características e que requer poliquimioterapia: - lesão (ões) de pele com alteração de sensibilidade; acometimento de nervo (s) com espessamento neural; baciloscopia positiva.				
Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual
	2	Agravado/doença		HANSENÍASE
	3	Código (CID10)	3 Data da Notificação	
	4	UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)
Notificação Individual	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código
	7	Data do Diagnóstico		
	8	Nome do Paciente		9 Data de Nascimento
	10	(ou) Idade	11 Sexo	12 Gestante
Dados de Residência	14	Escolaridade		
	15	Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe
	17	UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)
	19	Distrito		
Dados Complementares do Caso	20	Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)	Código
	22	Número	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1
	25	Geo campo 2		26 Ponto de Referência
	27	CEP		
Dados Clínicos	28	(DDD) Telefone		29 Zona
	30	Pais (se residente fora do Brasil)		
	31	Nº do Prontuário	32 Ocupação	
	33	Nº de Lesões Cutâneas	34 Forma Clínica	35 Classificação Operacional
Atendimento	37	Avaliação do Grau de Incapacidade Física no Diagnóstico		
	38	Modo de Entrada		
	39	Modo de Detecção do Caso Novo		
Dados Lab.	40	Baciloscopia		
Tratamento	41	Data do Início do Tratamento		42 Esquema Terapêutico Inicial
	43	Número de Contatos Registrados		
Observações adicionais:				
Investigador	Município/Unidade de Saúde			Código da Unid. de Saúde
	Nome		Função	Assinatura
	Hanseníase		Sinan NET	SVS 30/10/2007