



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

MONIQUE FEITOSA DE SOUZA

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

RECIFE, 2014

MONIQUE FEITOSA DE SOUZA

**ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE CONTROLE DA
HANSENIASE EM CAMARAGIBE**

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

Linha de Pesquisa: Avaliação das Intervenções de Saúde

Orientador: Prof^ª. Dra. Lygia Carmen de Moraes Vanderlei

Coorientadores: Prof. Dr. Paulo Germano de Frias

Prof^ª. Ms. Rosilene Hans

RECIFE

2014

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

S729a Souza, Monique Feitosa de Souza

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

80 f.: il.

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

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

CDD 362.1072

MONIQUE FEITOSA DE SOUZA

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

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

Aprovada em: _____ de _____ de 2014.

BANCA EXAMINADORA

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

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

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

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

AGRADECIMENTOS

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

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

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

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

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

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

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

RESUMO

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

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

ABSTRACT

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

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

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

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

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1** - Principais marcos das Políticas Públicas de Controle da Hanseníase no Mundo, Brasil e em Pernambuco 17
- Figura 2** - Modelo Lógico resumido do Programa de Controle da Hanseníase em nível municipal 29

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Estudos sobre a avaliação do Programa de Hanseníase, no período de 2002 a 2012.....	21
Quadro 2 - Profissionais entrevistados na avaliação do Programa Municipal de Controle da Hanseníase, segundo função exercida no programa - Camaragibe/PE, 2013.....	27
Quadro 3 - Documentação utilizada para construção do modelo lógico.....	28
Quadro 4 - Matriz de julgamento do Programa de Controle da Hanseníase, dimensão, estrutura e processo – Camaragibe/PE, 2013.....	30
Quadro 5 - Matriz de Julgamento do Programa de Controle da Hanseníase referente aos efeitos - Camaragibe/PE, 2013.....	33
Quadro 6 - Pontuação alcançada nos indicadores utilizados na avaliação do Grau de Implantação do Programa de Controle da Hanseníase, segundo o componente do modelo lógico – Camaragibe/PE, 2013.....	37
Quadro 7 - Grau de Implantação do Programa de Controle da Hanseníase - Camaragibe/PE, 2013.....	39
Quadro 8 - Resultados do Programa de Controle da Hanseníase - Camaragibe/PE, 2010-2013.....	42

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Casos novos e coeficiente de detecção geral em hanseníase por Regiões da Organização Mundial de Saúde (OMS), no ano de 2012.....	14
Tabela 2 - Perfil da população de estudo - Camaragibe-PE, 2013.....	36

SUMÁRIO

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

1. INTRODUÇÃO

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

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

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

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

Dentre as doenças infecto-contagiosas, é a que mais causa incapacidades físicas permanentes⁹, além de deformidades nos olhos, mãos e/ou pés, que limitam a produtividade econômica e a vida social ^{10,11}. Todo este contexto contribui para a relevância da doença como problema de saúde pública no Brasil e em alguns países do mundo. O diagnóstico precoce e o correto manejo das reações hansênicas e neurites podem evitar a evolução da doença, a estigmatização e a discriminação dos doentes e suas famílias ^{6,12}.

1.1 Situação epidemiológica da Hanseníase

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

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

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

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

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

Fonte: WHO, 2013

^a- Os Relatórios da Região Europeia não foram enviados até a conclusão do boletim epidemiológico

^b- O Coeficiente de detecção geral é o número de casos por 100.000 habitantes

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

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

Nas Américas, o Brasil é o país que mais contribui com a carga da doença⁶, pois historicamente apresenta elevadas desigualdades econômicas e sociais. Nas regiões mais desfavoráveis, como o Norte e o Centro-Oeste, e em algumas áreas metropolitanas do Nordeste, a hanseníase permanece com elevada magnitude^{14,15}.

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

Em 2011, Pernambuco ocupou, no panorama nacional, a 9ª e 5ª posições em coeficiente de detecção geral e em menores de quinze anos, respectivamente, e, na Região Nordeste, o 3º e 2º lugares nos referidos coeficientes¹⁷.

Na última década, foram detectados, no Estado, aproximadamente 2.500 casos novos da doença, a cada ano, sendo 2.561 em 2012, evidenciando coeficientes de detecção geral e em menores de quinze anos, de muito alto (28,7/100.000 hab.) a hiperendêmico (11,5/100.000 hab.), respectivamente¹⁸.

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

Um dos municípios que compõem essa região, Camaragibe, classifica-se como um dos mais endêmicos para hanseníase, no Estado. Em 2010, apresentou uma proporção de cura equivalente a 73,0%, considerada precária, coeficientes de detecção geral e em menores de quinze anos de 33,5 e 8,6 por 100.000 hab., ambos muito altos¹⁸.

Entre 2011 e 2012, o município manteve-se com baixa proporção de cura, coeficientes de detecção geral e em menores de quinze anos variando do parâmetro muito alto a hiperendêmico¹⁸, tratando-se, portanto, de uma região com elevada transmissibilidade, já que este último indicador relaciona-se diretamente à magnitude e gravidade de disseminação da doença¹⁹.

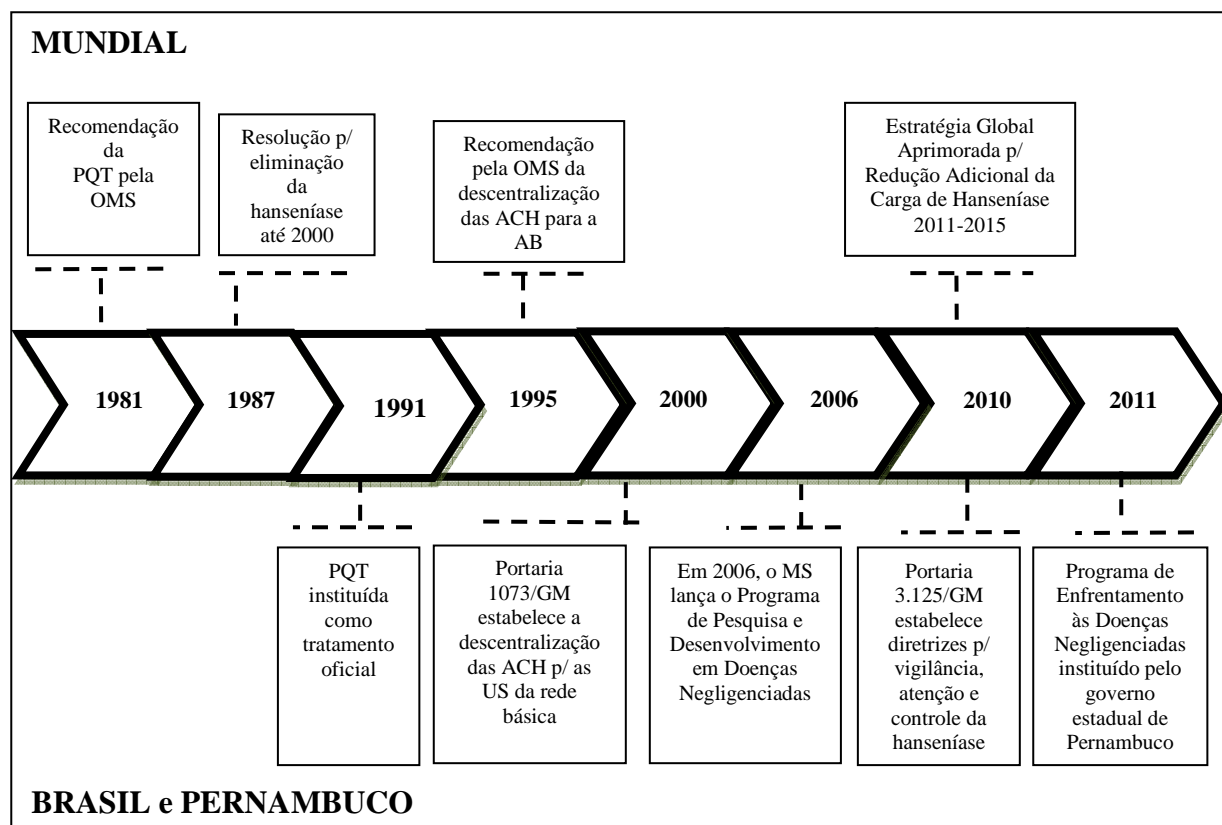
1.2 Políticas públicas de controle da Hanseníase

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

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

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

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



*ACH - Ações de Controle da Hanseníase; *AB - Atenção Básica; *OMS- Organização Mundial de Saúde; *PQT- Poliquimioterapia;

*US – Unidade de Saúde;*MS – Ministério da Saúde

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

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

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

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

Adicionalmente, fortalecendo a descentralização das ACH para a rede de AB, como principal diretriz para o alcance da meta de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública, é publicada, em 2000, a portaria nº 1073/GM, pelo MS, ressaltando que as equipes devem ser capazes de desenvolver as ACH na sua integralidade, através do diagnóstico precoce, facilidade de acesso ao tratamento, prevenção e controle das incapacidades físicas, referenciando os casos aos serviços de maior complexidade, apenas quando necessário. Estes devem atuar, especificamente, esclarecendo diagnósticos, confirmando recidivas, tratando os episódios reacionais e as intercorrências³¹⁻³⁴.

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

Em consonância com o fortalecimento dessas estratégias, Pernambuco foi o primeiro Estado brasileiro a desenvolver, desde 2011, um programa direcionado ao combate dessas doenças, com o objetivo de eliminá-las ou reduzi-las até 2014. As atividades incluem o fortalecimento e ampliação dos investimentos para as equipes de saúde da família (EqSF) e Vigilância Epidemiológica, capacitação para a identificação e manejo clínico adequado, ampliação do diagnóstico e melhoria no acesso aos tratamentos e medicamentos, em 108 municípios prioritários²⁵.

Em 2010, é instituída a Portaria 3.125/GM, que norteia, de forma incisiva, as práticas voltadas à atenção, vigilância, gestão, educação em saúde e mobilização social, visando a organização dos serviços e o fortalecimento das ACH, a promoção da saúde com base na educação permanente e na assistência integral aos portadores da doença¹⁶.

A evolução das políticas de saúde de controle da hanseníase no Brasil demonstra a importância de diversas instituições (nacionais, internacionais, não governamentais) na proposição de ações, no apoio estratégico complementar às ações governamentais e na mobilização social. No entanto, sabe-se que, para a consolidação de políticas no contexto da descentralização existem muitos desafios, representando um processo complexo, condicionado por vários fatores, especialmente pela organização tecnológica já instituída nos serviços de AB¹⁵.

1.3 Avaliação em saúde

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

Independente do tipo de intervenção, pode-se utilizar dois tipos de avaliação: a normativa e a pesquisa avaliativa. A primeira é utilizada quando se quer verificar cada componente através de critérios e normas; a segunda baseia-se em métodos científicos válidos para analisar as relações existentes entre os componentes da intervenção. A pesquisa avaliativa pode ser decomposta em seis tipos de análises distintas: estratégica, lógica, da produtividade, dos efeitos, da eficiência e da implantação³⁸.

A análise de implantação objetiva avaliar as relações entre a variação do grau de implantação de uma intervenção, nos seus efeitos e/ou no contexto em que está implantada³⁹. Pode ser abordada em três componentes: o primeiro se refere à análise dos determinantes contextuais no grau de implantação das intervenções; o segundo, à influência das variações do grau de implantação sobre os efeitos observados; e o terceiro, à interação entre o contexto e as variações da implantação nos efeitos observados.

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

1.4 Estudos avaliativos voltados para o Programa de Controle da Hanseníase

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

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

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

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

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

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

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

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

2. JUSTIFICATIVA

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

Considerando:

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

Este estudo se justifica, por:

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

O estudo se propõe a responder a seguinte questão:

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

3. OBJETIVOS

3.1 Geral

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

3.2 Específicos

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

4. METODOLOGIA

4.1 Desenho do estudo

Pesquisa avaliativa, tipo análise de implantação em seu segundo componente, referente à análise da influência do Grau de Implantação (GI) sobre os efeitos observados⁵⁴. A estratégia de investigação foi o estudo de caso único, por possibilitar a observação de comportamentos e processos organizacionais em vários níveis⁵⁵.

4.2 Área do estudo

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

A ESF, porta de entrada preferencial para a atenção à saúde, é composta por 42 Equipes de Saúde da Família (EqSF) distribuídas em 39 Unidades de Saúde da Família (USF), e o PACS, totalizando uma cobertura de 95% da população. Dispõe de uma Unidade de Referência (UR) para atendimento aos pacientes com hanseníase, localizada no Centro de Saúde Bairro Novo. O nível central da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) está dividido em seis diretorias, estando o Programa Municipal de Controle da Hanseníase (PMCH) inserido na Diretoria de Ações Estratégicas⁵⁷.

4.3 População do estudo e período de coleta dos dados

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

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

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

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

4.3.1 Critérios de inclusão e exclusão

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

4.4 Técnicas e instrumentos de coleta dos dados

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

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

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

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

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

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

4.5 Etapas da avaliação

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

1ª Etapa - Explicitação do modelo lógico

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

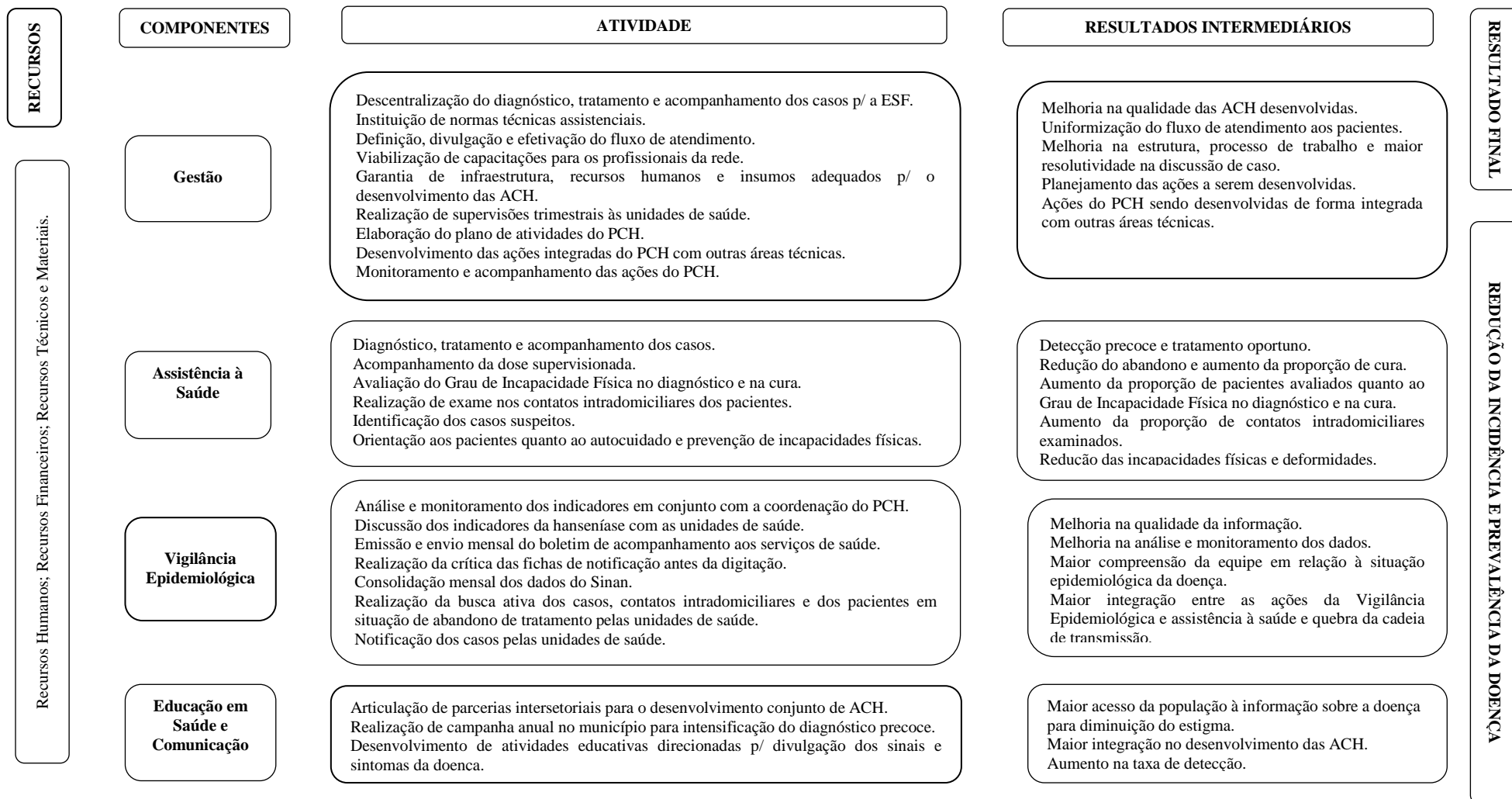
Está focado nas áreas estratégicas (componentes) do PNCH: Assistência à Saúde, Vigilância Epidemiológica, Gestão, Educação em Saúde e Comunicação, e direcionado para as ACH desenvolvidas na ESF, UR e nível central. No modelo estão descritos os insumos necessários, as atividades preconizadas, os produtos,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

Quadro 3 – Documentação utilizada para construção do modelo lógico

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

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

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



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

2ª Etapa – Construção da matriz de análise e julgamento

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

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

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

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

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

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

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

*ACS – Agente Comunitário de Saúde; *UR- Unidade de Referência; *US- Unidade de Saúde; *T.O- Terapeuta Ocupacional; *O.D- Observação Direta;

*ACH – Ações de Controle da Hanseníase; *ESF – Estratégia de Saúde da Família; *GIF- Grau de Incapacidade Física; *PCH- Programa de Controle da Hanseníase; *PACS-Programa de Agentes Comunitários de Saúde; *BCG- Bacilo de Calmette-Guérin; *Sinan – Sistema de Informação de Agravos de Notificação; *VE- Vigilância Epidemiológica; *BA- Boletim de Acompanhamento; *PQT- Poliquimioterapia; *MB- Multibacilar; *PB- Paucibacilar; *CMS

– Conselho Municipal de Saúde

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

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

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

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

3ª Etapa - Análise do Grau de Implantação

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

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

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

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

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

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

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

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

4ª Etapa - Análise dos Efeitos

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

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

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

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

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

4.6 Processamento dos dados

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

4.7 Aspectos éticos

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

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

5. RESULTADOS

5.1 Perfil da população do estudo

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

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

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

5.2 Avaliação do Grau de Implantação

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

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

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

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





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

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

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

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

***Grau de implantação:**

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

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

Componente Gestão

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

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

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

Componente Assistência à saúde

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

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

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

Componente Vigilância Epidemiológica

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

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

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

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

Componente Educação e Comunicação

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

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

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

5.3 Análise dos Efeitos

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

DIMENSÃO COMPONENTE	INDICADORES	PARÂMETROS	PONTUAÇÃO ALCANÇADA INDICADORES SINAN			PONTUAÇÃO ALCANÇADA INDICADORES MODELO LÓGICO
			2010	2011	2012	
GESTÃO	Plano anual de gestão elaborado e implantado	<ul style="list-style-type: none"> ■ Bom: $\geq 90,0\%$ ■ Regular: 70,0% a 89,9% ■ Precário: $< 70,0\%$ 	—	—	—	0,5/1,0 50,0%
	Mudança nas práticas profissionais (nível superior) pós- formação em hanseníase		—	—	—	0,88/1,0 88,0%
	Mudança nas práticas profissionais (nível médio) pós- formação em hanseníase		—	—	—	0,83/1,0 83,0%
	Mudança na resolução dos entraves referentes às ACH, mediante suporte da gestão		—	—	—	0,44/1,0 44,0%
	Uniformização do fluxo de atendimento aos pacientes		—	—	—	0,15/1,0 15,0%
ASSISTÊNCIA À SAÚDE	Coefficiente de detecção anual de casos novos por 100.000 habitantes	<ul style="list-style-type: none"> ■ Hiperendêmico: $\geq 40,00/100.000$ 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. 	33,2	22,6	19,7	—
	Coefficiente de detecção anual de casos novos em menores de 15 anos por 100.000 habitantes	<ul style="list-style-type: none"> ■ Hiperendêmico: $\geq 10,00/100.000$ 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. 	9,0	9,0	5,9	—
	Proporção de casos novos com GIF avaliado no diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> ■ Bom: $\geq 90,0\%$ ■ Regular: 75,0 a 89,9% ■ Precário: $< 75,0\%$ 	87,5%	91,0%	82,8%	—
	Proporção de casos de hanseníase avaliados quanto ao GIF no momento da alta por cura	<ul style="list-style-type: none"> ■ Bom: $\geq 90,0\%$ ■ Regular: 75,0 a 89,9% ■ Precário: $< 75,0\%$ 	29,0%	0,0%	81,0%	—
	Proporção de cura da hanseníase entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes	<ul style="list-style-type: none"> ■ Bom: $\geq 90,0\%$ ■ Regular: 75,0 a 89,9% ■ Precário: $< 75,0\%$ 	73,0%	24,0%	68,8%	—
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	Proporção de contatos examinados entre os contatos registrados dos casos novos diagnosticados no ano	<ul style="list-style-type: none"> ■ Bom: $\geq 75,0\%$ ■ Regular: 50,0 a 74,9% ■ Precário: $< 50,0\%$ 	57,0%	12,2%	28,4%	—
	Proporção de casos de hanseníase em abandono de tratamento entre os casos novos diagnosticados	<ul style="list-style-type: none"> ■ Bom: $< 10,0\%$ ■ Regular: 10,0 a 24,9% ■ Precário: $\geq 25,0\%$ 	33,0%	69,5%	34,1%	—
	Qualidade da informação - Consistência	<ul style="list-style-type: none"> ■ Bom: $\geq 90,0\%$ ■ Regular: 70,0 a 89,9% ■ Precário: $< 70,0\%$ 	91,0%	84,0%	81,0%	—
	Qualidade da informação - Ausência de duplicidades	<ul style="list-style-type: none"> ■ Bom: $\geq 90,0\%$ ■ Regular: 70,0 a 89,9% ■ Precário: $< 70,0\%$ 	100,0%	100,0%	100,0%	—
	Encerramento dos casos em tempo oportuno	<ul style="list-style-type: none"> ■ Bom: $\geq 90,0\%$ ■ Regular: 70,0 a 89,9% ■ Precário: $< 70,0\%$ 	74,5%	78,4%	70,3%	—
ED. EM SAÚDE E COMUNICAÇÃO	Promoção de atividade de mobilização social	<ul style="list-style-type: none"> ■ Bom: $\geq 90\%$ ■ Regular: 70% a 89,9% ■ Precário: $< 70\%$ 	—	—	—	0,5/1 50%
	Mudança no comportamento dos usuários após a realização de atividades de prevenção	<ul style="list-style-type: none"> ■ Bom: $\geq 90\%$ ■ Regular: 70% a 89,9% ■ Precário: $< 70\%$ 	—	—	—	0,59/1 59,0%

Os resultados observados foram evidenciados por componentes do modelo lógico.

Componente Gestão

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

Componente Assistência à Saúde

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

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

Componente Vigilância Epidemiológica

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

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

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

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

Componente Educação em Saúde e Comunicação

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

6. DISCUSSÃO

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

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

Em todos os componentes, grande parte dos indicadores de estrutura do PMCH atingiu o parâmetro incipiente, independente da técnica de coleta, observação direta ou entrevista. A deficiência desses recursos é um ponto de estrangulamento no programa, comprometendo a qualidade da assistência^{63,64}. Os problemas estruturais, que dificultam o aprimoramento e qualificação da AB, precisam ser enfrentados, no Brasil, e é inadequado aguardar condições ideais para que os obstáculos sejam ultrapassados⁶⁵.

Estudo anterior em Camaragibe já havia mostrado a divergência entre o GI das áreas estratégicas da AB nas EqSF e os indicadores epidemiológicos operacionais do programa²⁸. Achados similares foram observados por outros autores, que evidenciaram a pouca influência do GI sobre os indicadores operacionais e de resultado do PNCH^{52,66}.

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

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

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

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

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

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

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

outros autores observaram que um número reduzido de contatos vem sendo contemplado com tal medida ^{14,43}.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

A educação em saúde voltada para ACH deve estar focada nas ações comunitárias, buscando articulação com representações sociais aliadas à experiência com a doença, e inserindo a participação comunitária no planejamento, execução e avaliação das ações educativas. Pois, quando essa mobilização social se dá através da conscientização dos indivíduos envolvidos no processo, transforma-se na educação em seu sentido pleno, sendo capaz de ocasionar mudanças de comportamento, promoção da saúde individual e coletiva e melhoria da qualidade de vida⁸⁶⁻⁸⁸.

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

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

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

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

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

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

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

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

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

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

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

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

8. RECOMENDAÇÕES

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

Para o componente Gestão:

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

Para a Assistência à Saúde:

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

Para a Vigilância Epidemiológica:

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

Para a Educação em Saúde e Comunicação:

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

9. REFERÊNCIAS

1. Eit LM. Breve história da hanseníase: sua expansão do mundo para as Américas, o Brasil e o Rio Grande do Sul e sua trajetória na saúde pública brasileira. *Saúde Soc.* 2004; 13(2):76-88.
2. Maurano F. Tratado de leprologia. 2ª ed. Rio de Janeiro: Serviço Nacional de Lepra, 1950. 13-181.
3. Serviço Nacional de Lepra. Manual de leprologia. Rio de Janeiro: Departamento Nacional de Saúde, 1960.
4. Opromolla DVA. Noções de hansenologia. Bauru: Centro de Estudos Dr. Reynaldo Quagliato, 2000.
5. Yamanouchi AA, Caron CR, Shiwaku DT. Hanseníase e sociedade: um problema sempre atual. *An bras Dermatol.* 1993; 68(6): 396-404.
6. Araújo MG. Hanseníase no Brasil. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2003; 36(3): 373 – 82.
7. Goulart IMB, Dias CM, Oliveira ACS, Silva AA, Alves RR, Quaresimin CR, *et al.* Grau de incapacidade: indicador de prevalência oculta e qualidade do programa de controle da hanseníase em um Centro de Saúde-Escola no município de Uberlândia, Minas Gerais. *Hansen Int.* 2002; 27(1): 5 – 13.
8. Souza M. Assistência de Enfermagem em Infectologia. São Paulo: Atheneu, 2000.
9. Campos SSL, Ramos Jr AN, Kerr-Pontes LRS, Heukelbach J. Epidemiologia da hanseníase no município de Sobral, estado do Ceará-Brasil, no período de 1997 a 2003. *Hansen Int.* [periódico *on line*]. 2005; 30(2): 167–78. Disponível em: <http://www.ilsl.br/revista/imageBank/53-140-1-PB.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2013.
10. Ferreira J, Mengue SS, Wagner MB, Ducan B. Estimating hidden prevalence in Hansen's disease through diagnosis delay and grade of disability at time of diagnosis. *Inter J Leprosy Other Mycobac Dis.* 2000; 68(4): 464 - 73.
11. Gil Suárez RE, Lombardi C. Leprosy elimination at sub-national level. *Lepr Rev.* 2000; 71(2): 206-11.
12. Moreira TMA. Estudo de caso da avaliação da descentralização das ações programáticas de hanseníase. [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz; 2002.
13. WHO. Weekly epidemiological record, agosto 2013, 87th year.[boletim *on line*]. 2013; 87(34): 317–28. Disponível em: <http://www.who.int/wer>. Acesso em: 17 nov. 2013.
14. Magalhães M, Rojas L. Diferenciação territorial da hanseníase no Brasil. *Epidemiol Serv Saúde.* [periódico *on line*]. 2007; 16(2): 75-84. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167949742007000200

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

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

16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.125, de 07 de outubro de 2010. Brasília, DF; 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt3125_07_10_2010.html. Acesso em: 15 nov. 2012.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

43. Aquino DMC, Santos JS, Costa JML. Avaliação do programa de controle da hanseníase em um município hiperendêmico do Estado do Maranhão, Brasil, 1991-1995. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19(1): 119-25.
44. Visschedijk J, Engelhard A, Lever P, Grossi MAF, Feenstra P. Leprosy control strategies and the integration of health services: an international perspective. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19(6): 1567 - 81.
45. Duarte-Cunha M, Souza-Santos R, Matos HJ, Oliveira MLW. Aspectos epidemiológicos da hanseníase: uma abordagem espacial. *Cad. Saúde Pública*. 2012; 28(6): 1143-55.
46. Ferreira FX. Análise da implantação do Programa de Eliminação da Hanseníase em Manaus. [dissertação]. Manaus: Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz; 2005.
47. Ferreira MLLT, Pontes MAA, Silveira MIS, Araújo LF, Kerr LRS. A demanda de um centro de referência nacional para hanseníase no Nordeste brasileiro: por que o excesso de pacientes? *Cad Saúde Coletiva*. 2008; 16: 243-56.
48. Moreno CMC, Enders BC, Simpson CA. Avaliação das capacitações de Hanseníase: opinião de médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família. *Rev Bras Enferm*. 2008; 61: 671-5.
49. Patroclo MAA, Santos EM, Natal S, Cruz MM, Oliveira MLWR. Análise de dois modelos para avaliação de Programas de Hanseníase no Brasil. *Cad Saúde Coletiva*. 2008; 16 (2): 257 – 72.
50. Leal DR. Avaliação da implantação do Programa de Controle da Hanseníase no distrito sanitário IV do município de Recife. [dissertação]. Recife: Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira; 2011.
51. Lustosa AA, Nogueira LT, Pedrosa JIS, Teles JBM, Campelo V. The impact of leprosy on health-related quality of life. *Rev Soc Bras Med Trop*. [periódico *on line*]. 2011; 44(5): 621-6. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0037-86822011000500019>. Acesso em: 25 nov. 2013.
52. Raposo MT, Nemes MIB: Assessment of integration of the leprosy program into primary health care in Aracaju, state of Sergipe, Brazil. *Rev Soc Bras Med Trop*. [periódico *on line*]. 2012; 45(2): 203-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003786822012000200013&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0037-86822012000200013>. Acesso em: 25 ago. 2013.
53. Ramos Jr AN, Heukelbach J, Gomide M, Hinders DC, Schreuder PAM. Investigação em sistemas de serviços de saúde como ferramenta para o alcance de programas de controle da hanseníase mais efetivos no Brasil. *Cad Saúde Coletiva*. 2008; 16(2): 147–68.
54. Champagne F, Brousselle A, Hartz Z, Contandriopoulos A, Denis JL. Análise da implantação. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos A, Hartz Z. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p. 217-38.

55. Yin RK. Case study research: design and methods. 4a ed. Thousand Oaks: Sage Publications, 2009.
56. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativa populacional para 2012. Brasília, 2012. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.
57. Camaragibe. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de Gestão 2011. Recife, 2012.
58. Brasil. Ministério da Saúde. Guia para o controle da hanseníase. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2002.
59. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de atenção básica, vigilância em saúde: Hanseníase. 2.ed. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 2008.
60. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 594/SAS, de 29 de outubro de 2010. Brasília: 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2010/prt0594_29_10_2010.html. Acesso em: 20 jan.2013.
61. Donabedian A. Formulating criteria and standards. In: An introduction to quality assurance in health care. Oxford: Oxford University Press; 2003.
62. Brasil. Ministério da Saúde. Roteiro para uso do Sistema de Informação de Agravos de Notificação- Sinan net hanseníase. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2010.
63. Pereira AJ, Helene LMF, Pedrazini ES, Martins CL, Vieira CSCA. Atenção básica de saúde e a assistência em hanseníase em serviços de saúde de um município do Estado de São Paulo. Rev Bras Enferm. 2008; 61: 718-26.
64. Weirich CF, Munari DB, Mishima SM, Bezerra ALQ. O trabalho gerencial do enfermeiro na rede básica de saúde. Texto Contexto Enferm. 2009; 18(2): 249-57.
65. Felisberto E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. Ciênc Saúde Coletiva, 2006; 11(3): 553-63.
66. Spinelli MA, Ignotti E. Avaliação do programa de eliminação da hanseníase em Mato Grosso (2001 – 2003). Rev Espaço Saúde. 2007; 9(1): 25-35.
67. Penna MLF, Oliveira MLW, Carmo EH, Penna GO Temporão JG. Influência do aumento do acesso à atenção básica no comportamento da taxa de detecção de hanseníase de 1980 a 2006. Rev Soc Bras Med Trop. 2008; 41(Supl 2): 6-10. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003786822008000700003&lng=en. Acesso em: 25 nov. 2013.
68. Penna ML, Oliveira ML, Penna GO. The epidemiological behaviour of leprosy in Brazil. Lepr Rev. 2009; 80: 332-44. Disponível em: <http://www.lepra.org.uk/platforms/lepra/files/lr/Sept09/1473.pdf>. Acesso em: 27 set. 2013.

69. Ferreira IN, Alvarez RRA. Hanseníase em menores de quinze anos no município de Paracatu, MG (1994 a 2001). *Rev Bras Epidemiol.* 2005; 8(1): 41 - 9.
70. Cunha MD, Cavaliere FAM, Hercules FM, Duraes SMB, Oliveira MLWDR, Matos HJ. Os indicadores da hanseníase e as estratégias de eliminação da doença, em município endêmico do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2007; 23 (5): 1187 - 97.
71. Vanderlei LCM, Vázquez-Navarrete MV. Mortalidade infantil evitável e barreiras de acesso à atenção básica no Recife, Brasil. *Rev Saúde Pública.* 2013; 47(2):379-89. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102013000200379&lng=en. Acesso em: 10 jan. 2014.
72. Silva Sobrinho RA, Mathias TAF, Gomes EA, Lincoln PB. Avaliação do grau de incapacidade em hanseníase: uma estratégia para sensibilização e capacitação da equipe de enfermagem. *Rev Latino-Am Enferm.* 2007; 15(6): 1125-30. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692007000600011&lng=en. Acesso em: 10 ago. 2013.
73. Santos AS, Castro DS, Falqueto A. Fatores de riscos para transmissão de Hanseníase. *Rev Bras Enferm.* 2008; 61: 738-43.
74. Arantes CK, Garcia MLR, Filipe MS, Nardi SMT, Paschoal VD. Avaliação dos serviços de saúde em relação ao diagnóstico precoce da hanseníase. *Epidemiol Serv Saúde.* 2010; 19: 155-64.
75. Galvao PR, Ferreira AT, Maciel MD, De Almeida RP, Hinders D, Schreuder PA, Kerr-Pontes LR. An evaluation of the SINAN health information system as used by the Hansen's disease control programme, Pernambuco State, Brazil. *Lepr Rev.* 2008; 79(2):171-82.
76. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Relatório de Análise Técnica dos Programas de Tuberculose e Hanseníase do município de Camaragibe. Recife: Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. Coordenação do Programa de Controle da Hanseníase/Tuberculose, 2012.
77. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Silveira DS, Siqueira VF, Rodrigues MA. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2006; 11(3): 669-81.
78. Almeida PF, Fausto MCR, Giovanella L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Rev Panam Salud Publica.* 2011; 29(2):84-95.
79. Ferreira AS. Competências gerenciais para unidades básicas do Sistema Único de Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2004; 9(1): 69 - 76.
80. Campos GWS, Domotti AC. Apoio matricial e equipes de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saúde Pública.* 2007; 23(2): 399-407.

81. Lanza FM, Lana FCF. Decentralization of leprosy control actions in the micro-region of Almenara, State of Minas Gerais. *Rev Latino-Am Enferm.* 2011; 19: 187 – 94. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692011000100025&lng=en. Acesso em: 20 dez. 2012.
82. Lima MSM, Pomini ACM, Hinders D, Soares MPB, Mello MGS. Capacitação técnica versus comprometimento profissional: o real impacto no controle da hanseníase. *Cad Saúde Colet.* 2008; 16(2): 293-308.
83. Neto ZA, Soares CB. A qualificação dos atendentes de enfermagem: Transformações no trabalho e na vida. *Rev Latino-Am Enferm.* 2004; 12(4): 614 - 22. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692004000400006&lng=en. Acesso em: 25 nov. 2013.
84. Evangelista CMN, Tavares CM, Coriolano LS, Borges SMS, Hinders D, Gomide M. Concentração do atendimento a pacientes com hanseníase em municípios do estado do Ceará. *Cad Saúde Coletiva.* 2008; 16 (2): 231 – 42.
85. Kelly-Santos A, Rosemberg B, Monteiro, S. Significados e usos de materiais educativos sobre hanseníase: a concepção dos profissionais de saúde pública do município do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública.* 2009; 25(4): 857-67.
86. Gazzinelli MF, Gazzinelli A, Reis DC, Penna CMM. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. *Cad Saúde Pública.* 2005; 21(1): 200-6.
87. Souza AC, Colomé ICS, Costa LED, Oliveira DLLC. A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. *Rev Gaúcha Enferm.* 2005; 26(2):147-53.
88. Souza LB, Aquino PS, Fernandes JFP, Vieira NFC, Barroso MGT. Educação, cultura e participação popular: abordagem no contexto da educação em saúde. *Rev Enferm UERJ.* 2008; 16(1):107-12.
89. Pinho LB, Kantorski LP, Saeki T, Duarte MLC, Sousa J. A integralidade no cuidado em saúde: um resgate de parte da produção científica da área. *Rev Eletrônica Enferm.* 2007; 9(3):835-846. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a22.htm>. Acesso em: 20 fev. 2014.

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

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

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

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

Apêndice B- INSTRUMENTOS DE COLETA DOS DADOS

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

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

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

14. Este setor é composto por quais destes profissionais:		
Profissionais	0. Não	1. Sim
a. Médico	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b. Enfermeiro	<input type="text"/>	<input type="text"/>
c. Técnico de Enfermagem	<input type="text"/>	<input type="text"/>
d. Psicólogo, pular este item, se for ESF	<input type="text"/>	<input type="text"/>
e. Assistente Social, pular este item, se for ESF	<input type="text"/>	<input type="text"/>
f. ACS, pular este item se for UR	<input type="text"/>	<input type="text"/>
g. Auxiliar de Serviços Gerais	<input type="text"/>	<input type="text"/>
h. Recepcionista	<input type="text"/>	<input type="text"/>
15. Considerando os referidos aspectos, as condições do local de trabalho são adequadas para atendimento aos pacientes? Para cada item, marcar: 0. Não 1. Sim 8. Não Sabe		
a. Número de consultórios		<input type="text"/>
b. Tamanho de consultórios		<input type="text"/>
c. Iluminação		<input type="text"/>
d. Ventilação		<input type="text"/>
e. Sala de espera		<input type="text"/>
f. Espaço para reunião da equipe		<input type="text"/>
g. Espaços para atividades educativas		<input type="text"/>
h. Privacidade		<input type="text"/>
16. Os referidos impressos estão disponíveis em quantidade suficiente para distribuição na rede de pública de saúde do município? Para cada item, marcar: 0. Não 1. Sim 8. Não Sabe 9. Não se aplica		

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

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

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

Apêndice C- INSTRUMENTOS DE COLETA DOS DADOS

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

Instrumento 3 – Agente Comunitário de Saúde

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

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

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

COMPONENTE	INSUMOS	ATIVIDADES	PRODUTOS	RESULTADOS	IMPACTO	
GESTÃO	<ul style="list-style-type: none"> *Recursos áudio visuais *Transporte * Profissional capacitado p/ realizar o treinamento *UR e USF bem estruturadas e com equipe mínima * Rede de referência e contrarreferência instituída *Apoio farmacêutico e laboratorial *Protocolo *Coordenação do PCH/VE *Medicamentos disponíveis p/ o tratamento da doença e das reações hansênicas * Exames clínicos e complementares disponíveis * Kit para teste de sensibilidade e p/ avaliação de incapacidade física * Insumos para subsidiar o autocuidado 	Discussão do plano de ações da hanseníase no Conselho Municipal de Saúde	Plano de ações da hanseníase discutido no Conselho Municipal de Saúde	Formação de parcerias para o desenvolvimento das ações e maior controle social	REDUÇÃO DA INCIDÊNCIA E PREVALÊNCIA DA DOENÇA	
		Realização de supervisões trimestrais aos serviços de saúde	Nº de supervisões realizadas, trimestralmente, nos serviços de saúde	Melhoria na estrutura e no processo de trabalho; Maior resolutividade na condução dos casos		
		Elaboração do plano anual de atividades do PCH	Plano anual de atividades do PCH elaborado	Melhoria na qualidade das ações		
		Desenvolvimento de ações integradas do PCH com outras áreas técnicas	Nº de ações integradas desenvolvidas	Maior integralidade das ações		
		Monitoramento e acompanhamento das ações do PCH/VE	Ações do PCH monitoradas e acompanhadas	Melhoria na qualidade das ações; Modificação oportuna no planejamento e nas estratégias		
		Capacitação para os profissionais voltada para as ACH (manejo clínico e Avaliação de Incapacidade Física) e ou VE	Nº de profissionais capacitados p/ realizar diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos casos e/ou desenvolver ações da VE	Melhoria na qualidade da assistência aos pacientes de hanseníase e/ou na vigilância dos casos		
		Garantia de equipe mínima para desenvolver as ACH nos serviços de saúde	Equipe mínima p/ desenvolvimento das ACH nos serviços de saúde garantida			
		Instituição de normas técnicas assistenciais	Normas técnicas assistenciais instituídas	Melhoria na qualidade da assistência aos pacientes de hanseníase e/ou na vigilância dos casos		
		Definição, divulgação e efetivação do fluxo de atendimento	Fluxo de atendimento definido, divulgado e efetivado			Uniformização do fluxo de atendimento aos pacientes
		Descentralização das ACH para as ESF	Nº de ESF realizando as ACH			Deteção precoce e tratamento oportuno
		Garantia de realização de exames clínicos e complementares, quando necessário	Exames clínicos e complementares garantidos, de acordo com a necessidade dos pacientes			Maior acesso dos pacientes aos exames clínicos e complementares
		Garantia da medicação necessária ao tratamento da doença e das reações hansênicas	Nº de pacientes com medicação necessária ao tratamento da doença e das reações hansênicas garantida			Garantia de acesso à medicação e tratamento oportuno
		Garantia, nos serviços de saúde, de Kit p/ realização de todos os testes de sensibilidade, avaliação da incapacidade física do paciente e insumos p/ o autocuidado	Nº de serviços que dispõem de kit para realização de todos os testes de sensibilidade, avaliação da incapacidade física e insumos p/ o autocuidado			Melhoria na qualidade da assistência aos pacientes; aumento da proporção de pacientes avaliados quanto ao GIF, no diagnóstico e na cura
ASSISTÊNCIA A SAÚDE	Diagnóstico dos casos nos serviços de saúde	Nº de equipes realizando diagnóstico dos casos	Deteção precoce			
	Tratamento realizado conforme preconizado	Pacientes tratados conforme preconizado	Garantia de acesso à medicação e tratamento oportuno			
	Acompanhamento da dose supervisionada nos serviços de saúde	Nº de equipes realizando supervisão mensal da tomada da dose	Melhoria na qualidade da assistência aos pacientes; Redução do abandono e aumento da proporção de cura			
	Acompanhamento mensal dos pacientes pelos ACS	Pacientes acompanhados mensalmente				
	Acompanhamento dos casos de forma conjunta nos serviços de saúde, quando necessário	Casos acompanhados de forma conjunta nos serviços de saúde, de acordo com a necessidade	Melhoria na qualidade da assistência aos pacientes de hanseníase			
	Avaliação do Grau de Incapacidade Física no diagnóstico e na cura	Nº de equipes realizando avaliação do GIF no diagnóstico e na cura	Aumento da proporção de pacientes avaliados quanto ao GIF no diagnóstico e na cura			
	Realização de exames nos contatos intradomiciliares dos casos nos serviços de saúde e profilaxia com BCG, quando necessário.	Nº de equipes realizando exame nos contatos intradomiciliares de hanseníase e vacinação, quando necessário.	Aumento da proporção de contatos intradomiciliares examinados			
	Encaminhamento para a realização de exames clínicos e complementares (baciloscopia, biópsia) p/ investigação diagnóstica quando necessário	Exames clínicos e complementares garantidos, de acordo com a necessidade de cada paciente.	Maior acesso dos pacientes aos exames clínicos e complementares			
Orientação para o autocuidado	Pacientes e familiares orientados em relação ao autocuidado	Prevenção de incapacidades físicas				

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

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

Apêndice E- INSTRUMENTOS DE COLETA DOS DADOS

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

Instrumento 4- Roteiro de Observação dos serviços de saúde

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

Apêndice F- INSTRUMENTOS DE COLETA DOS DADOS

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

Instrumento 5- Roteiro de Observação do nível central

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

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

Apêndice G

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

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

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

Prezado (a) Senhor (a),

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Data:

Assinatura do entrevistado: _____

Telefones e e-mails para contato com os pesquisadores:

Pesquisador responsável: Monique Feitosa de Souza

E-mail: monique_fsouza@hotmail.com

Telefone: (81) 8832-9163

Demais pesquisadores participantes da pesquisa:

Lygia Carmen de Moraes Vanderlei

E-mail: lygiacarmen@yahoo.com.br

Paulo Germano de Frias

E-mail: pfrias@surfix.com.br

Rosilene Hans

E-mail: dgcdape@gmail.com

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

E-mail: comitedeetica@imip.org.br

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


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



DECLARAÇÃO

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

Recife, 13 de junho de 2013


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

TERMO DE ANUÊNCIA

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

Camaragibe, 12 de fevereiro de 2013.


Caio Mário Mallo
Sec. de Saúde
Portaria Nº 140

Secretário de Saúde de Camaragibe