



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM**

**YARA NAYÁ LOPES DE ANDRADE**

**INDICADORES DE QUALIDADE DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE DO  
PROGRAMA DE CONTROLE DA HANSENÍASE EM CAPITAL HIPERENDÊMICA  
NO BRASIL**

**SÃO LUÍS  
2016**

**YARA NAYÁ LOPES DE ANDRADE**

**INDICADORES DE QUALIDADE DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE DO  
PROGRAMA DE CONTROLE DA HANSENÍASE EM CAPITAL HIPERENDÊMICA  
NO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Saúde, Enfermagem e Cuidado.

Linha de Pesquisa: Enfermagem em Saúde Coletiva

Orientadora: Dra. Isaura Letícia Tavares Palmeira Rolim

Coorientadora: Dra. Dorlene Maria Cardoso de Aquino

**SÃO LUÍS**

**2016**

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada à fonte.

Andrade, Yara Nayá Lopes de.

Indicadores de qualidade das ações e serviços de saúde do Programa de Controle da Hanseníase em capital hiperendêmica no Brasil / Yara Nayá Lopes de Andrade. - 2016.

82 f.

Coorientador (a): Dorlene Maria Cardoso de Aquino.

Orientador (a): Isaura Letícia Tavares Palmeira Rolim.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem/ccbs, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2016.

1. Avaliação em Saúde. 2. Hanseníase. 3. Indicadores de qualidade. I. Rolim, Isaura Letícia Tavares Palmeira. II Aquino, Dorlene Maria Cardoso de. III. Título.

**YARA NAYÁ LOPES DE ANDRADE**

**INDICADORES DE QUALIDADE DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE DO PROGRAMA  
DE CONTROLE DA HANSENÍASE EM CAPITAL HIPERENDÊMICA NO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Saúde, Enfermagem e Cuidado.

Linha de Pesquisa: Enfermagem em Saúde Coletiva

Aprovada em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**COMISSÃO EXAMINADORA**

---

Profa. Isaura Letícia Tavares Palmeira Rolim - Orientadora  
Doutora em Enfermagem  
Universidade Federal do Maranhão

---

Profa. Dorlene Maria Cardoso de Aquino - Coorientadora  
Doutora em Patologia Humana  
Universidade Federal do Maranhão

---

Prof. Raimundo Antonio da Silva – 1º Membro  
Doutor em Saúde Pública  
Universidade Federal do Maranhão

---

Profa. Liberata Campos Coimbra – 2º Membro  
Doutora em Políticas Públicas  
Universidade Federal do Maranhão

---

Profa. Maria de Fátima Lires Paiva – 1º Suplente  
Doutora em Ciências Médicas – Fisiopatologia Clínica e Experimental  
Universidade Federal do Maranhão

---

Profa. Rita da Graça Carvalho Frazão Correa – 2º Suplente  
Doutora em Biotecnologia  
Universidade Federal do Maranhão

*Ao majestoso e eterno Deus, criador dos céus e da terra, por abençoar meus caminhos e continuamente me amparar e consolar nos momentos difíceis.*

*Aos meus pais por acreditarem em mim, pelo amor indescritível e incondicional, por se doarem em prol do meu crescimento pessoal e profissional.*

*Ao meu esposo Robson Silva Goiabeira, pela atenção, dedicação, paciência, encorajamento e apoio tão necessários para que eu conseguisse avançar dia após dia.*

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Deus da minha vida, que me proporcionou a realização deste sonho. Ele me sustentou em momentos difíceis e sombrios. Ele me reergueu e me mostrou que tudo valeria a pena, pois Ele está no comando da minha vida. Sem Ele eu nada seria.

Aos meus pais, José Barroso de Andrade e Antônia Delza Coelho Lopes, que são meu orgulho e fonte de inspiração, responsáveis pela formação do meu caráter e personalidade.

Aos meus familiares que sempre foram meu porto seguro, me apoiando e acreditando em minha vitória.

À minha tia Lucy Lopes Coelho, minha rainha a quem serei eternamente grata.

À minha orientadora Professora Dra. Isaura Letícia Tavares Palmeira Rolim e coorientadora Professora Dra. Dorlene Maria Cardoso de Aquino, pela atenção, disponibilidade, encorajamento e confiança destinadas a mim para realizar o presente estudo.

Ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem – PPGENF e aos docentes que o compõem, por se dedicaram ao aprimoramento do programa e ao desenvolvimento intelectual e social da profissão.

À Universidade Federal do Maranhão, que foi minha casa durante esses dois longos anos, pelo ensino gratuito e de qualidade destinados à população.

A todos os funcionários da Universidade e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas – FAPEAM, por me enquadrar na condição de bolsista, possibilitando a execução do presente estudo.

Ao meu esposo Robson Silva Goiabeira, que foi e sempre será minha fonte de motivação, responsável por despertar em mim o sentimento de perseverança e certeza que nossos sonhos dependem unicamente de nosso esforço e o quanto desejamos realizá-los.

Agradeço aos Coordenadores de todas as unidades de saúde, juntamente com a Secretaria Estadual de Saúde (SES) e Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS), que possibilitaram a execução deste trabalho.

Aos meus colegas de turma do mestrado, que fizeram parte desta caminhada ao longo desses dois anos, em especial, Jéssica Sâmia Silva Tôres, Mara Julyete Arraes Jardim, Alice Bianca Santana Lima e Vanessa Moreira da Silva Soeiro, por terem sido fonte de motivação e encorajamento nos momentos difíceis e acalmarem meu coração diversas vezes.

Às minhas amigas e colegas de profissão: Tâmile de Souza Vieira, Elielza Guerreiro Menezes e Gisele Torrente pelo incentivo, conselhos, motivação e palavras de carinho. Mesmo que a vida nos distancie meu sentimento de gratidão e afeto permanecerá preservado.

Obrigada a todos.

*<sup>5</sup> Confia no Senhor de todo o teu coração e não te estribes no teu próprio entendimento. <sup>6</sup> Reconhece-o em todos os teus caminhos e Ele endireitará as tuas veredas; <sup>13</sup> Feliz é o homem que encontra a sabedoria e o homem que adquire entendimento, <sup>14</sup> pois melhor é o lucro que ele dá do que o lucro da prata, e a sua renda do que o ouro; [...] <sup>35</sup> Os sábios herdarão honra, mas a exaltação dos loucos se converte em ignomínia.*

(Provérbios 3: 5-6; 13-14; 35)



ANDRADE, Y.N.L. **Indicadores de qualidade das ações e serviços de saúde do Programa de Controle da Hanseníase em capital hiperendêmica no Brasil.** 2016. 82f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2016.

## RESUMO

O Programa de Controle da Hanseníase é a principal estratégia no Brasil para consolidação de ações de acompanhamento dos municípios endêmicos, promovendo a vigilância, prevenção e controle da hanseníase por meio da avaliação dos indicadores de saúde, que incluem indicadores epidemiológicos e operacionais, capazes de mensurar a magnitude do problema e os progressos alcançados no programa. O presente estudo objetivou avaliar os indicadores de qualidade das ações e serviços de saúde do programa de controle da hanseníase em capital hiperendêmica no Brasil. Pesquisa avaliativa-descritiva, realizada em todas as instituições de saúde que operacionam o Programa de Controle da Hanseníase no município de São Luís - MA. A população de estudo foram todos os casos novos de hanseníase notificados no ano de 2012 e seus respectivos contatos. Os dados foram coletados por meio de um instrumento utilizando as variáveis contidas nas fichas de notificação do SINAN, livro de registro e prontuários de pacientes notificados em 2012. Utilizou-se os parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde para avaliar as ações e serviços prestados por profissionais de saúde ao indivíduo com hanseníase (indicadores operacionais). No ano de 2012 foram notificados 1.055 casos e 3.310 contatos. Nos casos notificados, verificou-se que 51,1% pertenciam ao sexo masculino, com idade entre 21 e 40 anos (35,3%), pardos (62,6%), com ensino médio completo (26,0%), residentes na capital do Estado (80,6%). O programa obteve resultados satisfatórios, sendo classificado como “Bom” quanto às taxas de abandono (3,4%) e quanto à avaliação do grau de incapacidade física no momento do diagnóstico (94,6%). Os indicadores classificados como “Precário” foram: proporção de alta por cura (42,5%) e proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase (29,1%). O indicador proporção de casos curados no ano com grau de incapacidade física avaliado no momento da alta foi classificado como “Regular” (82,5%). O modo de entrada predominante foi classificado como “caso novo” (79,1%) e o modo de detecção foi do tipo “demanda espontânea”, (52,0%). A forma clínica e classificação operacional mais prevalentes foram a dimorfa (58,8%) e multibacilar (74,0%), respectivamente. Conclui-se que o Programa de Controle da Hanseníase no município de São Luís não vem atuando de maneira satisfatória, visto que dois dos cinco indicadores responsáveis por avaliar a qualidade das ações e serviços prestados pelos profissionais de saúde à população foram classificados como “Precário” e um classificado como “Regular”, segundo os parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde, sugerindo uma deficiência na qualidade do acompanhamento e monitorização dos casos até a completude do tratamento. Os indicadores considerados “Precários” podem indicar que as ações não estão sendo realizadas de maneira efetiva e resolutiva, contribuindo para a manutenção dos altos índices da endemia no município, até então considerado como hiperendêmico.

**Descritores:** Hanseníase; Avaliação em Saúde; Indicadores de qualidade.

ANDRADE, Y.N.L. **Indicators of quality of the actions and health services of the Program of Leprosy Control in the hyperendemic capital of Brazil.** 2016. 82f. Master's dissertation. Pos graduated program in nursing. Federal University of Maranhão, São Luís, Brazil, 2016.

### **ABSTRACT**

The Leprosy Control Program is the principle strategy in Brazil that consolidates follow-up actions of the endemic municipalities, promoting the monitoring, prevention, and control of leprosy by means of the evaluation of health indicators, which include epidemiological and operational indicators capable of measuring the magnitude of the problem and the progress achieved in the program. Therefore, the present study aimed to assess the indicators of quality of the actions and health services of the Leprosy Control Program in the hyperendemic capital of Brazil. The research was guided by the type of descriptive evaluative study, carried out in all health care institutions which operate the Leprosy Control Program in the city of São Luiz, Maranhão. The population of the study consisted of all the new cases of leprosy reported in the year 2012, and their respective contacts. The data were collected by means of instruments using the variables contained in the SINAN reporting forms, registry and records of patients reported in 2012. The data were processed and analyzed using the Epi-Info program, version 7, and presented in the form of absolute and relative frequency tables, using the parameters established by the Ministry of Health to evaluate the actions and services provided by healthcare professionals to the individual with leprosy (operational indicators). In 2012, there were 1055 cases and 3310 contacts reported. In the reported cases, it was verified that 51.1% were male, between the ages of 21 and 45 (35.3%), Caucasian (62.6%), with a high school diploma (26%), residents in the state capital (80.6%). The program obtained satisfactory results, being classified as "Good" according to the proportion of discharges by cure (71.6%), abandonment rates (4%), and the evaluation of the degree of physical disability at the moment of the diagnosis (94.5%). The indicators classified as precarious were: the proportion of examined contacts of new cases of leprosy (32.5%) and the proportion of cured cases in the year with a degree of disability evaluated at the moment of discharge (41.2%). The predominant input mode was classified as "new case" (79.1%), and the method of detection was of the type "spontaneous demand" prevailing with 52%. The most prevalent clinical form and operational classification was dimorphic (58.8) and multibacillary (74%) respectively. Based on the above, it can be concluded that the Leprosy Control Program in the city of São Luiz has been working satisfactorily, where 3 of the 5 indicators responsible for evaluating the quality of the actions and services provided by healthcare professionals to the population were classified as "Good", according to the parameters established by the Ministry of Health, suggesting an efficiency in the quality of the follow-up and monitoring of cases until the completion of treatment. The indicators considered "precarious" can indicate that the actions are not being carried out in an effective and resolving manner, contributing to the continuation of high rates of the endemic in the city, considered as hyperendemic.

**Descriptors:** Leprosy; Health Evaluation; Quality Indicators in Health Care.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Quadro 1</b>	Período de tratamento dos pacientes com hanseníase, conforme Portaria Nº 3.125, de 7 de outubro de 2010.....	38
<b>Figura 1</b>	Diagrama das etapas da coleta de dados.....	40
<b>Quadro 2</b>	Parâmetros avaliativos das ações e serviços de saúde, pré-estabelecidos pelo MS.....	43
<b>Diagrama 1</b>	Diagrama metodológico.....	45

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b>	Cura de casos novos de hanseníase. São Luís – MA. 2007 a 2014.	25
<b>Tabela 2</b>	Exame de contatos de hanseníase. São Luís – MA. 2007 a 2014....	25
<b>Tabela 3</b>	Parâmetro de classificação de detecção de casos por 100.000 habitantes no Brasil.....	27
<b>Tabela 4</b>	Perfil sociodemográfico dos casos de hanseníase notificados no ano de 2012, segundo a faixa etária, sexo, raça/cor, escolaridade e residência. São Luís, 2016.....	47
<b>Tabela 5</b>	Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase diagnosticados no ano de coorte. São Luís, 2012.....	49
<b>Tabela 6</b>	Proporção de casos novos de hanseníase com grau de incapacidade física avaliado no momento do diagnóstico. São Luís, 2012.....	49
<b>Tabela 7</b>	Proporção de casos curados no ano com grau de incapacidade física avaliado entre os casos novos de hanseníase no período de coorte. São Luís, 2012.....	50
<b>Tabela 8</b>	Casos de hanseníase notificados segundo o modo de entrada e modo de detecção. São Luís, 2012.....	51
<b>Tabela 9</b>	Distribuição das características clínicas dos casos notificados com hanseníase. São Luís, 2012.....	51
<b>Tabela 10</b>	Classificação operacional dos casos notificados com hanseníase. São Luís, 2012.....	51

## LISTA DE SIGLAS

CAAE – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética  
CGD – Coeficiente Geral de Detecção  
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde  
COMIC – Comissão Científica  
CS – Centro de Saúde  
DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde  
ESF – Estratégia de Saúde da Família  
HUUFMA – Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão  
MB - Multibacilar  
MS – Ministério da Saúde  
ODM – Objetivo de Desenvolvimento do Milênio  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
ONU – Organização das Nações Unidas  
PAVS – Programa de Ações de Vigilância em Saúde  
PB - Paucibacilar  
PCH – Programa de Controle da Hanseníase  
PNAD – Políticas Sociais na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio  
PPA – Plano Plurianual  
PQT – Poliquimioterapia  
SAS – Secretaria de Atenção à Saúde  
SEMUS – Secretaria Municipal de Saúde  
SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação  
SES- Secretaria Estadual de Saúde  
SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde  
UM – Unidade Mista  
USF – Unidade de Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	20
<b>2.1</b>	<b>Geral</b> .....	20
<b>2.2</b>	<b>Específicos</b> .....	20
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	21
<b>3.1</b>	<b>Aspectos clínicos e epidemiológicos da hanseníase</b> .....	21
<b>3.2</b>	<b>O Programa de Controle da Hanseníase no Brasil</b> .....	27
<b>3.3</b>	<b>Atuação da equipe de saúde no Programa de Controle da Hanseníase – PCH</b> .....	31
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	36
<b>4.1</b>	<b>Tipo de estudo</b> .....	36
<b>4.2</b>	<b>Caracterização da área de estudo</b> .....	36
<b>4.3</b>	<b>População</b> .....	37
<b>4.4</b>	<b>Critérios de exclusão</b> .....	38
<b>4.5</b>	<b>Instrumento e coleta de dados</b> .....	38
<b>4.6</b>	<b>Definições utilizadas no estudo</b> .....	41
<b>4.7</b>	<b>Análise dos dados</b> .....	42
<b>4.8</b>	<b>Aspectos éticos</b> .....	44
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	46
<b>5.1</b>	<b>Perfil sociodemográfico dos casos de hanseníase</b> .....	46
<b>5.2</b>	<b>Avaliação dos indicadores das ações e serviços de saúde (operacionais)</b> .....	48
<b>5.3</b>	<b>Levantamento epidemiológico da hanseníase</b> .....	50
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	52
<b>6.1</b>	<b>Perfil sociodemográfico dos casos de hanseníase</b> .....	52
<b>6.2</b>	<b>Avaliação dos indicadores das ações e serviços de saúde (operacionais)</b> .....	54
<b>6.3</b>	<b>Levantamento epidemiológico da hanseníase</b> .....	58
<b>7</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	61
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	65
	<b>APÊNDICES</b> .....	71
	<b>ANEXOS</b> .....	75

## INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa, causada pelo *Mycobacterium leprae*, parasita intracelular obrigatório com afinidade por células dos nervos periféricos (ulnar, mediano, radial, fibular, comum, tibial posterior, facial e trigêmeos) e cutâneas. A manifestação ocorre principalmente por sinais e sintomas dermatoneurológicos que ocasionam lesões na pele, nos olhos, mãos e pés. O dano provocado nos nervos é o atributo que promove a incapacidade física, levando a deformidades ao longo do tempo. Essa limitação ocasionada pela doença gera diversos problemas como: limitação da vida social, afastamento do ambiente laboral, problemas de cunho psicológico, estigma e preconceito (BRASIL, 2002; TAVARES; MARINHO, 2010).

Em nível mundial, são diagnosticados mais de 200.000 casos de hanseníase por ano. Entre os 18 países com maior carga da doença, os três principais são Índia com mais de 127.000 casos novos em 2013, Brasil com 31.000 casos novos e Indonésia com 17.000 casos novos (PENNA; OLIVEIRA; PENNA, 2009; OMS, 2015). Segundo dados do Ministério da Saúde (MS), a taxa de detecção geral da hanseníase no ano de 2014 foi de 12,14 por 100.000 habitantes, o que equivale a 24.612 casos novos da doença (DATASUS, 2014; IBGE, 2010).

No país, houve redução do coeficiente de detecção geral, entre os anos de 2003 e 2009 (33,1%) no entanto, as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste ainda apresentam coeficientes muito elevados, principalmente quando comparadas ao Sul e Sudeste do país (MAGALHÃES; ROJAS, 2007; BRASIL, 2011).

Segundo inquérito epidemiológico do Ministério da Saúde e Secretaria de Vigilância em Saúde - MS/SVS, realizado com base na distribuição espacial, o estado do Maranhão é composto por 217 municípios, dos quais 98 são considerados hiperendêmicos, sendo classificado como o quarto estado com maior notificação da doença. Dos 98 municípios considerados hiperendêmicos, 19 se encontram em situação de alerta e são considerados prioritários nas ações de controle da hanseníase, são eles: Açailândia, Arame, Alto Alegre do Pindaré, Bacabal, Codó, Caxias, Itapecuru Mirim, Imperatriz, Lago da Pedra, Monção, Miranda do Norte, Penalva, Pindaré-Mirim, Santa Luzia, Santa Inês, São José de Ribamar, São Mateus do Maranhão, Timon e a capital do estado, São Luís (BRASIL, 2006).

A capital, São Luís, apresentou 60,1 casos/100.000 habitantes no ano de 2010, caracterizando um padrão de hiperendemicidade porém, nos últimos 6 anos, observou-se uma diminuição significativa no coeficiente de detecção geral de 5,5 casos/100.000 habitantes ao ano (PACHECO; AIRES; OLIVEIRA et al, 2013; SEIXAS, 2014).

A meta estabelecida em nível global pela Assembleia Mundial da Saúde, objetivando a eliminação da hanseníase como problema de saúde pública, foi alcançada no ano 2000, no entanto, países endêmicos estão sendo acompanhados por estratégias estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A Estratégia Global Aprimorada para Redução Adicional da Carga da Hanseníase (2011-2015) é uma das ações realizadas para reduzir ainda mais a carga da hanseníase e promover serviços de alta qualidade para a população afetada. Ela preconiza o aperfeiçoamento das atividades de enfrentamento da redução da carga da doença e diminuição dos impactos sobre os indivíduos afetados e seus familiares, assegurando os princípios de equidade e justiça social (OMS, 2010).

Segundo o mesmo autor, as Diretrizes Operacionais atualizadas tem como público-alvo os gerentes de serviços nacionais, bem como os gerentes de nível médio responsáveis pelo monitoramento e controle da hanseníase em seus países. Dessa forma, A Estratégia Global Aprimorada ressalta que a qualidade das ações e serviços prestados pelos profissionais de saúde no combate à hanseníase é o componente fundamental para que um programa funcione de forma eficiente. A qualidade consiste no treinamento e capacitação adequada dos profissionais em todos os níveis, na supervisão técnica regular e na avaliação dos indicadores-chave, sejam epidemiológicos ou operacionais. A qualidade das ações e serviços prestados deve ser entendida como uma das responsabilidades principais de cada unidade de saúde que realiza o monitoramento da hanseníase e deve ser aderido por todos os profissionais.

As ações de controle da hanseníase são prioritárias para o governo federal e estão inseridas em alguns programas, entre eles, o Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM), criado pela Organização das Nações Unidas (ONU) em setembro de 2000 e tem como meta a redução da pobreza extrema. Nesse contexto, foram estabelecidos oito (8) objetivos dentre eles, o sexto objetivo aborda sobre a melhoria na saúde da população e refere-se ao combate da AIDS, malária e “outras doenças”, o Brasil por ter grande proporção de casos de



hanseníase, inclui a mesma na lista de “outras doenças”, visando à redução de 10% do coeficiente de detecção de casos novos em menores de 15 anos de idade e a redução do coeficiente de casos novos com grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico (OMS, 2010; PNUD, 2012; BRASIL, 2011a).

Outra estratégia estabelecida no ano de 2006 é o Pacto pela Saúde, que contempla três aspectos (Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão), no segmento do Pacto pela Vida seu compromisso se detém nas prioridades que apresentam impacto na vida da população, uma delas, é o “fortalecimento da capacidade de repostas às doenças endêmicas e emergentes”, entre elas, a hanseníase. A principal meta é o aumento da proporção de cura de hanseníase diagnosticado nos anos das coortes, ou seja, durante um determinado período de tempo, com o intuito de analisar a sua evolução. Uma das ações de subsídio para o Pacto pela Saúde e fortalecimento das demais estratégias anuais realizadas pelas secretarias municipais e estaduais de saúde é o Programa de Ações de Vigilância em Saúde (PAVS), que investiga a proporção de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados e a proporção da avaliação do grau de incapacidade física tanto no diagnóstico quanto na cura (BRASIL, 2011).

A Estratégia Global Aprimorada define que a avaliação dos programas de saúde consiste em uma análise ordenada do desempenho do programa após determinado período de tempo a partir de sua implementação. Tal análise deve comparar os resultados alcançados com os resultados esperados, conforme parâmetros pré-estabelecidos composto por indicadores de resultados bem definidos no plano estratégico. A avaliação deverá considerar, prioritariamente, a eficácia do programa, ou seja, alcançar os resultados planejados e efeitos esperados, mas poderá incluir demais aspectos que estão relacionados com a qualidade como: eficiência, relevância, equidade, impacto e qualidade dos cuidados destinados à população alvo (OMS, 2010; BRASIL, 2011).

Atualmente, o Programa de Controle da Hanseníase (PCH), implantado em 2007 é a principal estratégia no Brasil que consolida ações de acompanhamento dos municípios endêmicos, promovendo a vigilância, prevenção e controle da hanseníase. Sua estrutura organizacional versa sobre cinco aspectos fundamentais que irão apoiar-se para a execução do projeto, são eles: vigilância epidemiológica; gestão e planejamento; atenção integral, que propõe a qualificação das equipes para

o diagnóstico, tratamento, prevenção de incapacidades, autocuidado e reabilitação; educação permanente e pesquisa (BRASIL, 2011).

A OMS propõe para os países endêmicos que em 2015 haja redução de 35% de incidências com grau 2 de incapacidade para cada 100.000 habitantes e que o nível de prevalência reduza para menos de um caso registrado para tratamento para cada 10.000 indivíduos. Para que o objetivo seja alcançado, as ações de controle da hanseníase estão sendo realizadas em nível federal, estadual e municipal, tendo como principal porta de entrada, as unidades básicas de saúde na Estratégia de Saúde da Família (ESF) (OMS, 2010; BRASIL, 2011).

Para acompanhamento e avaliação das políticas de controle e atenção integral à hanseníase no Brasil, o PCH estabeleceu indicadores com base nos parâmetros do MS para realizar o monitoramento e avaliação do programa, e a partir dos resultados, classificar a situação dos serviços de saúde (BRASIL, 2010).

Os Indicadores Recomendados para o Monitoramento e Avaliação da Hanseníase constam na Portaria SVS/SAS/MS Nº 125, de 26 de março de 2009 e na Portaria SVS/SAS/MS Nº 3.125, de 7 de outubro de 2010, revogada pela Portaria SVS/SAS/MS Nº 149, de 3 de fevereiro de 2016, que aprova as diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública e tem como objetivo conduzir os profissionais de saúde e gestores a otimizar a qualidade da assistência destinada aos portadores da hanseníase por meio da avaliação dos indicadores de saúde, que incluem: indicadores operacionais e indicadores da força de morbididade, magnitude e perfil epidemiológico, eles são ferramentas que medem a magnitude do problema e os progressos alcançados no PCH (BRASIL, 2009; BRASIL, 2016).

O processo avaliativo instaurado para realizar o monitoramento do PCH e mensurar sua efetividade, é caracterizada como uma das funções prioritárias destinada aos gestores, em todas as esferas de governo, para auxiliar no processo de tomada de decisão, com o intuito de torná-lo mais efetivo e racional, principalmente no que diz respeito aos municípios endêmicos e hiperendêmicos da hanseníase (CARVALHO, 2012).

A avaliação de programas de saúde envolve um conjunto de ações técnico-operacionais ou técnico-científicas que visam atribuir valor de eficácia, efetividade e eficiência e, conseqüentemente, aplicabilidade de ações

intervencionistas com base nos problemas e lacunas encontrados (MINAYO, 2005; CARVALHO, 2012).

O presente estudo teve como foco principal a avaliação do PCH no que diz respeito aos indicadores da qualidade das ações e serviços (operacionais) de acordo com os parâmetros do MS estabelecidos na Portaria SVS/SAS/MS Nº 125, de 26 de março de 2009, reafirmada pela Portaria Nº 149, de 03 de fevereiro de 2016, estando sua análise embasada segundo os critérios estabelecidos no Manual técnico-operacional das Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública, onde a forma de avaliação do indicador está definida quanto ao tipo de indicador, sua construção, utilidade e parâmetros de qualidade), descrita minuciosamente durante o percurso metodológico (BRASIL, 2010; BRASIL, 2016).

O mesmo autor descreve que os indicadores da qualidade das ações e serviços (operacionais) estão dispostos da seguinte forma: 1. Proporção de cura de hanseníase entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes; 2. Proporção de casos de hanseníase em abandono de tratamento entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes; 3. Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes; 4. Proporção de casos novos de hanseníase com grau de incapacidade física avaliado no momento do diagnóstico; 5. Proporção de casos curados no ano com grau de incapacidade física avaliado entre os casos novos de hanseníase no período das coortes.

Dessa forma, por se tratar de uma doença incapacitante e ainda um desafio para a saúde pública, os profissionais de saúde devem manter uma postura de vigilância em relação aos sinais e sintomas da doença, realizando exames dermatoneurológicos, prioritariamente, no momento do diagnóstico, semestralmente, no momento da alta por cura e na ocorrência de suspeitas de reações e neurites, conforme preconizado pelo MS. A maior frequência do exame possibilita o diagnóstico precoce das lesões neurais e a tomada de decisão mais adequada para prevenção de lesões, tratamento dos sintomas e ensino do autocuidado (BRASIL, 2002; TAVARES; MARINHO, 2010). Além disso, deve-se atentar para a importância da investigação de contatos intradomiciliares que podem ser possíveis fontes de infecção da doença e futuros indivíduos em tratamento com incapacidade física instalada (BRASIL, 2010a).

Dentre os profissionais responsáveis pelo acompanhamento e monitoramento da doença, o enfermeiro está inserido como parte integrante e fundamental da equipe de saúde atuante no cenário nacional ao combate da endemia e possui atribuições na assistência destinadas ao indivíduo, juntamente com o levantamento epidemiológico da doença, planejamento da assistência e controle dos pacientes e contatos, programação de atividades e materiais necessários para a prestação de cuidados e educação em saúde, avaliação do estado de saúde do paciente, realização de medidas de controle de contatos, realização de busca de faltosos e contatos; rastreamento e identificação de incapacidade física ocasionada pela doença e fornecimento de medicação poliquimioterápica (BRASIL, 2010a).

Considerando que a hanseníase ainda é um desafio de saúde pública e que o MS busca a eliminação da doença e diminuição dos casos, principalmente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, este trabalho foi realizado no intuito de avaliar se as propostas preconizadas e as metas estabelecidas pelo MS em relação ao PCH estão sendo, de fato, cumpridas (BRASIL, 2014).

Tendo como objeto de estudo o Programa de Controle de Hanseníase – PCH o objetivo geral desta pesquisa foi: Avaliar os indicadores de qualidade das ações e serviços de saúde do Programa de Controle da Hanseníase em capital hiperendêmica no Brasil. A justificativa em realizar essa avaliação surgiu da necessidade de investigar a atuação dos profissionais de saúde no acompanhamento dos indivíduos portadores de hanseníase e seus respectivos contatos e verificar, a partir dessa perspectiva, a qualidade das ações realizadas e os serviços prestados a essa população. Aliada a essas questões, durante a formação acadêmica, vivenciei a consulta de Enfermagem ao portador de hanseníase nos campos de prática e estágio, nesse contexto, foi possível observar os diversos entraves ocasionados na vida do indivíduo portador da doença, as situações de limitação decorrente do diagnóstico tardio, do tratamento interrompido, da ausência do autocuidado e da dificuldade do acesso ao serviço de saúde.

Neste sentido, a problemática desta investigação centra-se em compreender três questionamentos principais:

- Qual a qualidade das ações e serviços prestados no Programa de Controle da Hanseníase – PCH?

- Qual a qualidade da atenção e do acompanhamento aos indivíduos com hanseníase até a completude do tratamento?
- Qual a capacidade dos serviços em realizar a vigilância dos contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase?

A relevância deste estudo é caracterizada pela necessidade permanente de investigar a qualidade e efetividade do PCH, bem como realizar uma reflexão a respeito das necessidades e lacunas encontradas, buscando sempre aprimorar as condutas estabelecidas. Segundo Pisco (2006), a avaliação não compreende somente a identificação de problemas em determinado ambiente, mas com base no que foi avaliado, deseja a mudança da realidade, servindo como ferramenta de aprimoramento do Sistema Único de Saúde – SUS.

## **OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Avaliar os indicadores de qualidade das ações e serviços de saúde do Programa de Controle da Hanseníase em capital hiperendêmica no Brasil.

### **2.2 Específicos**

Traçar o perfil sociodemográfico dos indivíduos notificados com hanseníase no ano de 2012;

Mensurar o indicador operacional da qualidade das ações e serviços prestados por profissionais de saúde ao indivíduo com hanseníase;

Examinar a capacidade dos serviços em realizar a vigilância de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase;

Realizar o levantamento epidemiológico da hanseníase no ano de 2012 com base no modo de entrada, modo de detecção de caso novo de hanseníase. forma clínica e classificação operacional.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo foram abordados aspectos relacionados aos seguintes contextos: aspectos clínicos e epidemiológicos da hanseníase; o Programa de Controle da Hanseníase no Brasil; atuação da equipe de saúde no Programa de Controle da Hanseníase – PCH.

#### 3.1 Aspectos clínicos e epidemiológicos da hanseníase

A hanseníase é caracterizada como uma doença de evolução lenta e propagação infecto-contagiosa, que se manifesta por apresentar sintomatologia dermatológicas e neurológicas, bem como sistêmicas, onde ocorre o comprometimento de articulações, gânglios, olhos e demais órgãos. O acometimento dos nervos periféricos é abordada como pilar definidor da doença, responsável por provocar incapacidades físicas que estão propensas a evoluir para deformidades. Tal acometimento pode influenciar no comprometimento da função diária, tanto de trabalho social quanto domiciliar, distúrbios psicológicos e emocionais e ser responsável pelo preconceito, estigma e rejeição da sociedade. (BRASIL, 2008; BRASIL, 2010).

A hanseníase é causada pelo *Mycobacterium leprae*, este possui alta infectividade e pouca patogenicidade, sendo capaz de infectar muitos indivíduos, porém um pequeno percentual irá desenvolver a doença. Por se tratar de uma doença de evolução lenta, seu período de incubação varia de 2 a 7 anos. Uma vez que a doença pode apresentar-se de várias formas, foi classificada em paucilacilar (PB), quando o paciente tem menos que cinco lesões cutâneas e um tronco nervoso comprometido, neste estão incluídas as formas Indeterminada (I) e Tuberculóide (T) ou Multibacilar (MB), quando o paciente apresentar mais de 5 lesões cutâneas e / ou mais de um tronco nervoso comprometido, onde estão inseridas as formas Virchowiana e Dimorfa (BRASIL, 2008; OLIVEIRA; ASSIS; SILVA, 2013).

A forma de transmissão da hanseníase acontece por meio das vias aéreas superiores (mucosa nasal e orofaringe) onde, uma pessoa doente e em sua forma infectante, ou seja, eliminando bacilos do *M. leprae*, infecta outras pessoas ao eliminar o bacilo no meio externo. Para que essa transmissão ocorra é necessário que haja um contato direto e prolongado entre o paciente não tratado e o indivíduo

exposto. Quando o indivíduo acometido pela hanseníase inicia a o tratamento poliquimioterápico, o mesmo deixa de ser transmissor da doença, uma vez que os bacilos se desintegram durante as primeiras doses da medicação (BRASIL, 2010). Estudos estimam que cerca de 90% da população desenvolve defesa natural contra o *M. leprae* (MARTINS; SILVA, 2011).

O tratamento da hanseníase é realizado com medicamentos via oral. As primeiras doses são administradas nas unidades de saúde, denominada dose supervisionada, pois são essas primeiras doses que irão inativar a transmissão do bacilo. As demais doses são auto-administradas pelo paciente. O tratamento é realizado de acordo com a classificação operacional de cada paciente, onde nos casos PB o tratamento está condicionado a 6 (seis) doses em até 9 (nove) meses e nos casos MB o tratamento estará concluído com 24 (vinte e quatro) doses em até 36 (trinta e seis) meses (BRASIL, 2010).

A hanseníase atinge pessoas de ambos os sexos, sem discriminação de cor, raça ou faixa etária, porém estudos apontam que a maior incidência se dá em indivíduos do sexo masculino entre 21 e 30 anos. Quanto à classificação operacional da doença (PB ou MB) a maioria dos casos foi diagnosticada com a forma multibacilar (87,5%) (PACHECO et al, 2014).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), juntamente com o Ministério da Saúde (MS) instituíram o tratamento para a cura da hanseníase através da poliquimioterapia (PQT), que também promove a diminuição dos surtos reacionais provenientes do tratamento, prevenção de incapacidades e, conseqüentemente as deformidades, reabilitação física, psicológica, social e emocional. A PQT destrói o bacilo do *M. leprae* tornando-o incapaz de infectar novos indivíduos, rompendo a cadeia de transmissão da doença (OMS, 2010; BRASIL, 2010).

A hanseníase é uma doença de notificação compulsória e investigação obrigatória em todo o território nacional. Todos os casos identificados devem ser notificados através da ficha de notificação e investigação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN. Em estudos, o Brasil mostrou-se ser primeiro país nas Américas que notifica o maior número de casos da patologia, o que determina um grande desafio, sendo que o objetivo de redução do coeficiente de prevalência de menos de um caso por cada 10.000 habitantes (1/100.000 hab), como indicador de eliminação da hanseníase não foi alcançado. No ano de 2007, a



incidência alcançou uma taxa de 21,08/ 100.000 habitantes e uma prevalência de 21,94/ 10.000 habitantes (MAGALHAES; ROJAS, 2007).

Ao final do ano 2000, durante a 44<sup>o</sup> Assembleia Mundial de Saúde, foram estabelecidas estratégias para a eliminação da hanseníase onde foi defendido o coeficiente de prevalência de menos de um caso por cada 100.000 habitantes (1/100.000 hab), como indicador de eliminação da hanseníase, meta essa que não foi alcançada em nível global, sendo adiada para 2015 (CARVALHO, 2012). É de suma importância que o Brasil mantenha o esforço para aumentar a taxa de cura dos pacientes com hanseníase para mais de 90%, uma vez que, pacientes tratados inadequadamente ou não curados, são responsáveis pelo aumento do risco de recidivas, de resistência ao tratamento e, conseqüentemente, do desenvolvimento de incapacidades físicas (BRASIL, 2013).

Em relação à situação epidemiológica da hanseníase no Brasil, no que diz respeito ao coeficiente de prevalência, no ano de 2012, era de 1,51 caso/10.000 habitantes, representando uma diminuição de 12% em relação coeficiente no ano de 2004, cujo valor foi expresso por 1,71/10.000 habitantes. O coeficiente de prevalência é o indicador prioritário responsável por direcionar a meta de eliminação da hanseníase. A construção deste indicador é realizado da seguinte forma: o numerador é representado pelo quantitativo de casos residentes em determinado local e que iniciem o tratamento até 31 de dezembro de cada ano, já o denominador é representada pela população residente local de determinado ano, multiplicado por 10 mil (BRASIL, 2013).

Em relação ao Coeficiente Geral de Detecção (CGD) por 100.000 habitantes referente ao ano de 2011, os estados de Rondônia, Tocantins, Pará, Mato Grosso e Maranhão foram classificados como hiperendêmicos, com um quantitativo de 40 casos novos de hanseníase para cada 100.000 habitantes. Em relação ao indicador responsável por mensurar o coeficiente de detecção de casos novos diagnosticados com grau 2 de incapacidade, a maioria dos estados brasileiros alcançou, no ano de 2012, 1,15 caso por 100.000 habitantes, com exceção dos estados do Maranhão e Mato grosso, que apresentaram mais de 3,5 casos novos com grau II de incapacidade no momento do diagnóstico, o que é sugestivo de atraso no diagnóstico dos pacientes, ou seja, detecção tardia da doença, caracterizando uma falha dos profissionais de saúde durante a avaliação do portador da hanseníase (BRASIL, 2013).

Como descrito anteriormente, o coeficiente de prevalência da hanseníase são mais elevados nos estados do Mato Grosso, Pará, Tocantins, Maranhão e Rondônia, sendo praticamente extinta em estados como São Paulo, Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro entre outros. Direcionando para a nossa realidade local, no estado do Maranhão, foram detectados 3.632 casos novos, no ano de 2014, o que representa uma diminuição de 32,2% em comparação com os 5.366 casos de 2004. Do total de casos registrados em 2014, 361 (9,9%) eram em menores de 15 anos. A taxa de cura no estado cresceu 29,7%, passando de 63,8%, em 2004, para 82,8% em 2014 (BRASIL, 2015).

Em 2013, a capital do estado do Maranhão, São Luís, apresentou um coeficiente de detecção geral de casos novos de 53,3 casos/100.000 habitantes, correspondendo a 564 casos novos. Nesse mesmo ano foram registrados 69 casos novos de hanseníase em menores de 15 anos e um coeficiente de detecção de 18,27 por 100.000 habitantes nessa faixa etária.

Já no ano de 2014, houve uma discreta redução do percentual, atingindo 49,33 casos/100.000 habitantes, representando 521 casos novos. Esse fato ocorre, sobretudo, pela existência de circuitos ativos de transmissão localizados nas áreas mais endêmicas. O município de São Luís foi o terceiro município do país com maior notificação de casos. Sendo considerado hiperendêmico, o município é considerado prioritário para as ações de controle de hanseníase (SES-MA, 2015).

Paralelamente à situação epidemiológica, os indicadores operacionais também demonstram uma situação preocupante, a qual merece destaque (SEMUS-MA, 2015). A seguir, são apresentados os principais:

**Tabela 1** – Cura de casos novos de hanseníase. São Luís – MA. 2007 a 2014

Ano	% de Encerramento por cura
2007	80.0
2008	85.7
2009	85.1
2010	75.9
2011	78.8
2012	80,5
2013	79,6
2014	75,5

Fonte: SEMUS/SVE/SINAN

O percentual de cura dos casos novos de hanseníase revela a capacidade dos serviços de saúde de acompanharem os pacientes ao longo do tratamento e de manterem atualizados os registros da alta por cura dos pacientes. Em 2012 (TABELA 1), São Luís apresentou 80,5 de cura e, em 2013 o município curou 79,6, o que é considerado precário, enquanto em 2014 esse indicador ficou em 75,5% de cura, continuando, portanto, como precário (SEMUS-MA, 2015).

**Tabela 2** - Exame de contatos de hanseníase. São Luís – MA. 2007 a 2014

Ano	Contatos Registrados	Contatos Examinados	% de Cobertura
2007	2.287	1.067	46,65
2008	2.131	1.074	50,4
2009	2.332	1.076	46,14
2010	2.277	918	40,32
2011	2.370	464	19,58
2012	2.132	930	43,60
2013	1.816	697	38,40
2014	1.643	670	40,8

Fonte: SEMUS/SVES/SINAN

A realização do exame de contatos dos casos novos de hanseníase é uma ação de vigilância epidemiológica essencial ao diagnóstico precoce e à ruptura das cadeias de transmissão da hanseníase. Na representação da tabela 2, disponibilizada pela Secretaria Municipal de Saúde – SEMUS, em seus arquivos pessoais, o município de São Luís se mantém em situação precária para essa ação.

A distribuição demográfica da hanseníase é abordada, geralmente em macrorregiões e Estados, o que dificulta a homogeneidade das informações e uniformidade espacial. Foi através do estabelecimento do SINAN, em parceria com o MS, Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS e o Departamento de Informática do

Sistema Único de Saúde – DATASUS/MS, tornou-se possível explorar os dados registrados de doenças em distintas escalas geográficas (BRASIL, 2009a).

O SINAN tem como objetivo, facilitar a formulação e avaliação das políticas e programas de saúde, e conseqüentemente contribuir para a promoção da qualidade de saúde das pessoas. Dentre suas atribuições, destacam-se: coleta, transmissão, armazenamento e divulgação das informações geradas pelo sistema de vigilância epidemiológica municipais, estaduais e federais, provendo dados para análise epidemiológica e operacional (LANZA, 2014).

Na tentativa de fortalecer as diretrizes do MS divulgadas no ano de 2009 para controle da hanseníase no Brasil, a OMS tornou pública, em 2010 a “Estratégia Global Aprimorada para Redução Adicional da Carga da Hanseníase: 2011-2015” com o intuito de renovar o compromisso e responsabilidade política em nível nacional e municipal e a implementação das atividades para redução da carga da doença (OMS, 2010). Entre elas:

- Oferecer serviços de hanseníase de qualidade e de fácil acesso;
- Realizar o treinamento e capacitação dos profissionais de saúde para o atendimento ao portador de hanseníase em todos os níveis de atenção à saúde;
- Realizar o diagnóstico precoce dos casos de hanseníase;
- Fortalecer a cobertura dos exames dos contatos intradomiciliares dos casos de hanseníase;
- Padronizar a utilização da taxa de casos novos com grau 2 de incapacidade física entre os casos novos a cada 100.000 habitantes, como requisito direcionador do monitoramento do progresso da doença, entre outras.

Os coeficientes citados ao longo deste estudo baseiam-se nos parâmetros estabelecidos pelo MS, de acordo com a Tabela 3.

**Tabela 3** - Parâmetro de classificação de detecção de casos por 100.000 habitantes no Brasil.

Coeficiente de detecção Em <15 anos	Coeficiente de detecção pop. Geral	% de avaliação de incapacidades físicas	% de grau 2 de incapacidade física	% de contatos examinados	% de cura nas coortes
Hiperendêmico ≥10/100.000 hab.	Hiperendêmico ≥40/100.000 hab.	Bom: ≥ 90,0%	Alto: ≥ 10,0%	Bom: ≥ 75,0%	Bom: ≥90,0%
Muito Alto: 5,00 a 9,99/100.000 hab.	Muito Alto: 20,00 a 39,99/100.000 hab.	Regular: 75,0 a 89,9%	Médio: 5,0 a 9,9%	Regular: 50,0 a 74,9%	Regular: 75,0 a 89,9%
Alto: 2,50 a 4,99/100.000 hab.	Alto: 10,00 a 19,99/100.000 hab.	Precário: < 75,0	Baixo: <5,0%	Precário: < 50,0	Precário: < 75,0
Médio: 0,50 a 2,49/100.000 hab.	Médio: 2,00 a 9,99/100.000 hab.	—	—	—	—
Baixo: < 0,50/100.000 hab.	Baixo: < 2,00/100.000 hab.	—	—	—	—

Fonte: BRASIL, 2011a.

### 3.2 O Programa de Controle da Hanseníase no Brasil

Em 2004, o Programa Nacional de Eliminação da hanseníase - PNEL redirecionou as ações propostas pela política de eliminação da endemia enquanto problema de saúde pública no Brasil, com o intuito de alcançar um coeficiente de prevalência de menos de 1 caso para cada 10 mil habitantes até 2005, permitindo assim, um novo olhar capaz de mensurar a magnitude real na doença no país. Contudo, no ano de 2006, tendo em vista que o objetivo proposto não foi alcançado, Sendo assim, a Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS, com o apoio do PNEL do MS, elaborou um Plano Estratégico em nível municipal 2006-2010, com o objetivo de desenvolver ações capaz de minimizar os níveis endêmicos da doença a partir da orientação dos serviços de saúde em seus diferentes níveis de complexidade, fortalecendo assim, as ações de vigilância epidemiológica da hanseníase (BRASIL, 2002, 2006a).

Em 2009, o MS elaborou novas metas para o período de 2008 a 2011, entre elas: redução de 10% no coeficiente de detecção dos casos novos em

indivíduos menores de 15 anos; alcançar o índice de cura em 90% dos casos; examinar, no mínimo, 50% dos contatos intradomiciliares e avaliar o grau de incapacidade física de 75% dos casos novos de hanseníase (BRASIL, 2009).

Com base no PNEP, foi desenvolvido o Programa de Controle da Hanseníase – PCH, onde o mesmo recomenda que sejam executadas atividades de descentralização das ações de saúde em todos os níveis de assistência, capacitação e treinamento dos profissionais de saúde que assistem os pacientes com hanseníase, bem como a criação dos Centros de Referência destinados ao atendimento dessa população (FERREIRA, 2005).

Segundo Brasil (2002), considera algumas ações prioritárias para que o controle da hanseníase seja alcançado conforme os padrões estabelecidos pela OMS, entre elas: a investigação epidemiológica dos casos novos a partir do diagnóstico, vigilância e vacinação por BCG dos contatos intradomiciliares, notificação e acompanhamento dos casos. Portanto, o sistema de informação dos pacientes portadores da hanseníase deve manter-se atualizado, fidedigno e organizado, para então, desenvolver condutas capazes de subsidiar o planejamento das intervenções adequadas para o controle da hanseníase.

Com o objetivo de padronizar as diretrizes destinadas à vigilância, acompanhamento e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública, o MS redefiniu as ações para redução da carga da hanseníase no Brasil seguindo o direcionamento do PCH, ações estas que tem como foco principal, realizar atividades de educação em saúde com a população visando formar multiplicadores de informação, diagnóstico precoce dos casos, tratamento até a alta por cura, vigilância epidemiológica e exame dos contatos dos casos de hanseníase, bem como o encaminhamento dos mesmos para BCG e a prevenção e tratamento das incapacidades físicas decorrentes da hanseníase (BRASIL, 2016).

O PCH tem como missão, contribuir com os estados e municípios para que estes alcancem e, acima de tudo, mantenham a meta de eliminação da hanseníase enquanto problema de saúde pública, de acordo com os parâmetros estabelecidos pela OMS, com índice de prevalência de menos de 1 caso por cada 10.000 habitantes. Para atingir o objetivo proposto, o PCH conta com alguns princípios norteadores, entre eles estão: realizar intervenções para firmar a redução da ocorrência dos casos, aumentar a oferta de serviços de saúde por profissionais da rede básica de saúde, a fim de detectar precocemente os casos de hanseníase

prevenindo, assim, as incapacidades físicas, realizar a vigilância dos contatos, treinamento dos profissionais de saúde para diagnóstico correto dos casos e direcionar atenção especial aos estados com maior carga da doença, entre eles, Mato Grosso, Rondônia, Tocantins e Maranhão (BRASIL, 2006).

Considerando os indicadores epidemiológicos de transmissão ativa no Brasil, predominantemente nas regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste, as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da Hanseníase têm como finalidade, orientar os gestores e profissionais dos serviços de saúde a operacionalizar as estratégias propostas pelo MS no que diz respeito ao PCH, onde o mesmo determina que sejam desenvolvidas ações que visam direcionar a prática em serviço de saúde em todas as instâncias e diferentes complexidades, fortalecer as ações de vigilância epidemiológica, a promoção da saúde com base na educação permanente, treinamento e capacitação dos profissionais, a assistência integral aos portadores deste agravo, bem como a orientação da prática do autocuidado realizada rotineiramente durante os atendimentos mensais (BRASIL, 2010; BRASIL, 2016).

Em síntese, o PCH, no que tange as questões de vigilância epidemiológica, recomenda: realizar a busca ativa de casos entre os usuários; notificação dos casos; alimentação e análise do sistema de informação. Já em relação às ações de prevenção da endemia, o programa preconiza: pesquisa e exame dos contatos; divulgação dos sinais e sintomas da doença; prevenção de incapacidades físicas em todos os estágios e atividades educativas (FERREIRA, 2005; BRASIL, 2016).

Os sistemas de informação auxiliam o monitoramento dos casos em tratamento e do comportamento epidemiológica da doença. Com base no exposto, o MS desenvolveu indicadores epidemiológicos e operacionais para realizar o acompanhamento e monitorização do PCH, e a partir dos resultados, classificar a situação dos serviços de saúde em bom, regular ou precário, com base nos parâmetros pré-estabelecidos pelo MS, descritos na Portaria Nº 3.125, de 7 de outubro de 2010, revogada atualmente pela Portaria Nº 149, de 3 de fevereiro de 2016 (FERREIRA, 2005; BRASIL, 2016).

De acordo com Brasil (2016), os indicadores epidemiológicos realizam o monitoramento do progresso da eliminação da hanseníase no Brasil e os indicadores operacionais são responsáveis por avaliar a qualidade das ações e

serviços dos profissionais de saúde na assistência ao portador de hanseníase. Os resultados obtidos com base na avaliação dos indicadores, possibilitam realizar o planejamento de intervenções e condutas para aprimorar o PCH. A portaria ministerial descreve os indicadores da seguinte forma:

- **Indicadores epidemiológicos:** taxa de prevalência anual de hanseníase por 10 mil habitantes; taxa de detecção anual de casos novos de hanseníase por 100 mil habitantes; taxa de detecção anual de casos novos de hanseníase, na população de zero a 14 anos, por 100 mil habitantes; taxa de casos novos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico por 100 mil habitantes; proporção de casos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico entre os casos novos detectados e avaliados no ano; proporção de casos de hanseníase curados com grau 2 de incapacidade física entre os casos avaliados no momento da alta por cura no ano; proporção de casos de hanseníase segundo gênero entre o total de casos novos; proporção de casos segundo classificação operacional entre o total de casos novos; taxa de detecção de casos novos, segundo raça/cor entre população das respectivas raças/cor.

- **Indicadores operacionais:** proporção de cura de hanseníase entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes; proporção de casos de hanseníase em abandono de tratamento entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes; proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes; proporção de casos novos de hanseníase com grau de incapacidade física avaliado no momento do diagnóstico; proporção de casos curados no ano com grau de incapacidade física avaliado entre os casos novos de hanseníase no período das coortes.

Partindo da premissa que o PCH possui requisitos que necessitam ser avaliados, embasando-os em parâmetros pré-estabelecidos para determinada ação, vários estudos corroboram que, tanto os indicadores epidemiológicos quanto operacionais são, de fato, direcionadores do processo de melhoria da qualidade da assistência destinada à população acometida pela hanseníase. O PCH, uma vez classificado em bom, regular ou precário, possibilita a adoção de estratégias intervencionistas para restabelecer o padrão de eficiência proposto pelo Programa. Dito isto, no estudo apresentado por Aquino et al (2003), intitulado “Avaliação do Programa de Controle da Hanseníase em um município hiperendêmico no Estado do



Maranhão, Brasil, 1991-1995”, em relação à avaliação dos indicadores operacionais descritos anteriormente, concluiu-se que o PCH vem atuando de forma “precária”.

Estudos apontam que a alta prevalência da hanseníase, bem como a detecção tardia dos casos novos, culminando em indivíduos com grau de incapacidade física já instalado, baixa qualidade nos programas de controle da doença, falta de profissionais capacitados para realizar a avaliação correta do grau de incapacidade física tanto no momento do diagnóstico quanto no momento da alta por cura, escassez das atividades de busca ativa de faltosos e a realização do exame e encaminhamento dos contatos para BCG, são fatores determinantes para a permanência dos altos níveis de incidência e prevalência dos casos de hanseníase nos municípios analisados (MUNHOZ-JR et al, 1997; AQUINO et al, 2003; CARVALHO; ARAÚJO, 2015; OLIVEIRA et al, 2015).

Portanto, percebe-se a necessidade de estratégias intervencionistas adicionais que objetivem resultados satisfatórios conforme o preconizado pelo MS, no sentido de priorizar o acompanhamento dos casos de hanseníase e a qualificação das ações e serviços prestados pelos profissionais de saúde a essa população, ações estas que são fundamentais para o controle da endemia, que muitas vezes não são realizadas como: atividades de educação em saúde, mutirões, exame dos contatos, busca de faltosos, palestras, educação permanente etc. Sendo assim, a qualidade da assistência pode ser conquistada a partir da identificação dos problemas e lacunas encontrados durante o processo avaliativo do Programa e, conseqüentemente, corrigidos (CARVALHO; ARAÚJO, 2015; OLIVEIRA et al, 2015)

### **3.3 Atuação da equipe de saúde no Programa de Controle da Hanseníase – PCH**

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), as Redes de Atenção à Saúde (RAS) atua como principal estratégia para realizar ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos que acometem a população e compete à Atenção Primária à Saúde (APS) (BRASIL, 2012):

- Ser o contato primordial dos usuários e a principal porta de entrada do SUS;
- Identificar os riscos os quais a população está exposta, as lacunas no processo do cuidado, as principais necessidades e acometimentos de saúde da população sob sua responsabilidade de organização da RAS;

- O centro de comunicação entre os coordenadores da RAS deve acompanhar e organizar o fluxo dos pacientes atendidos na rede e executar a gestão compartilhada do cuidado de forma horizontal, integrada e contínua.

Sendo assim, os pacientes suspeitos de hanseníase devem, prioritariamente, procurar as unidades básicas de saúde para realizar o diagnóstico preciso e, se for o caso, iniciar o tratamento (BRASIL, 2002).

Para realizar as ações de acompanhamento e controle da endemia, o PCH definiu os profissionais de saúde que devem estar envolvidos no processo de assistência prestada ao paciente, são eles: médico, enfermeiro, ACS, auxiliar/técnico de enfermagem, agente de controle de endemia, cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário e técnico de higiene dental (BRASIL, 2008; CARVALHO; ARAÚJO, 2015).

O MS estabeleceu atribuições gerais e específicas a cada profissional de saúde envolvido no cuidado ao paciente com hanseníase (BRASIL, 2008; LANZA, 2014):

#### **Agente Comunitário de Saúde (ACS)**

- Identificar sinais e sintomas dos pacientes e encaminhar os casos suspeitos para a avaliação precisa e fidedigna na unidade de saúde, a ser realizada pelo médico ou enfermeiro;
- Acompanhar os pacientes durante o tratamento e orientá-los sobre a importância de concluir o tratamento, as consequências da não completude do mesmo, reações decorrentes do uso da medicação, quanto ao autocuidado, como forma preventiva do desenvolvimento de incapacidades física;
- Realizar a busca ativa de faltosos;
- Encaminhar contatos intradomiciliares para a avaliação física na unidade de saúde;
- Realizar o preenchimento da ficha A – cadastro de famílias – sobre as informações referente às pessoas com hanseníase e mantê-las atualizada;
- Realizar atividades educativas com a população, a fim de mobilizar a comunidade para aderir ao comprometimento na realização do autoexame da hanseníase e combate ao estigma e preconceito.

**Atribuições do médico**

- Realizar avaliação dermatoneurológica minuciosa dos indivíduos suspeitos;
- Realizar o diagnóstico precoce dos indivíduos com hanseníase;
- Elaborar o tratamento imediato e adequado para cada forma expressa da hanseníase, com base nos esquemas terapêuticos estabelecidos pelo MS;
- Avaliar, registrar e notificar o grau de incapacidade física, no momento do diagnóstico e no momento da alta por cura, dos indivíduos com hanseníase conforme preconizado pelos indicadores operacionais proposto pelo MS;
- Realizar o registro, em prontuários e fichas próprias do paciente, as informações resultantes do exame dermatoneurológico, bem como evoluções, avaliações do grau de incapacidade e consultas de acompanhamento, até o momento da alta;
- Encaminhar os pacientes para unidades de referência, quando for o caso, por meio da ficha de referência e contrarreferência.

**Atribuições do enfermeiro**

- Realizar consulta de enfermagem minuciosa, solicitar exames complementares e prescrever o tratamento, conforme normas e protocolos estabelecidas pelo gestor municipal, obedecendo o rigor legal da profissão;
- Realizar o levantamento epidemiológico e operacional da endemia;
- Acompanhar o tratamento com ênfase nas doses supervisionadas;
- Identificar e encaminhar os casos com reações hansênicas;
- Avaliar o grau de incapacidade física no momento do diagnóstico e no momento da alta por cura;
- Realizar o controle de doentes e contatos;
- Gerenciar a assistência da equipe de enfermagem ao paciente com hanseníase, família e comunidade;
- Previsão, provisão e gerenciamento de medicamentos, vacinas e material de consumo;
- Realizar o planejamento, coordenação e avaliação das atividades executadas pelos ACS;
- Encaminhar a ficha de notificação e boletins epidemiológico e de acompanhamento para o setor competente;

- Planejar intervenções juntamente com a equipe multidisciplinar;
- Realizar atividades educativas junto ao paciente, família e comunidade.

### **Atribuições da coordenação**

- Supervisionar para que os registros nos prontuários se mantenham atualizados e fidedignos;
- Padronizar os protocolos para direcionar a prática clínica;
- Definir as atribuições de cada nível de atenção à saúde e os respectivos profissionais que a executam;
- Estabelecer os padrões de encaminhamento dos pacientes com hanseníase para serviços de maior complexidade;
- Priorizar os encaminhamentos de acordo com o grau de necessidade do paciente, acompanhado com o respectivo relatório de encaminhamento (OMS, 2010; BRASIL; 2010);
- Responsabilizar-se pela manutenção do cuidado contínuo quando se tratar de complicações crônicas (OMS, 2010);
- Supervisionar a eficiência das ações desenvolvidas pelos profissionais da APS;
- Realizar treinamentos e capacitação dos profissionais para o manejo do paciente com hanseníase;
- Manter os registros do SINAN e Boletim Epidemiológico da endemia atualizados (BRASIL, 2010).

Segundo Carvalho e Araújo (2015), os médicos e enfermeiros são os principais responsáveis pelas ações de acompanhamento, controle e assistência ao paciente com hanseníase, dessa forma, esses profissionais devem manter uma atitude de vigilância contínua em relação ao potencial incapacitante da doença. Por este motivo, os médicos e/ou enfermeiros devem realizar a avaliação de incapacidade física do paciente no início do tratamento, a cada três meses durante o tratamento, sempre que o paciente relatar queixas, durante estados reacionais da doença e no momento da alta por cura, para que sejam identificados os acometimentos de forma precoce e, conseqüentemente, realizadas intervenções

cabíveis para a prevenção e tratamento de tais incapacidades (BRASIL, 2002; LANZA, 2014).

Nos estudos de Nascimento et al (2011), objetivou-se conhecer as ações desenvolvidas pelo enfermeiro no controle da hanseníase, no qual, a partir dos relatos dos enfermeiros participantes do estudo, pode-se constatar que o processo de assistência de enfermagem está voltada, prioritariamente, para ações em nível individual do paciente, ações educativas em saúde e de vigilância epidemiológica. Em nível individual, a assistência destinada ao paciente com hanseníase resumia-se em: consultas de enfermagem, acompanhamento e supervisão das doses terapêuticas e visita domiciliar. Em relação às atividades educativas, os enfermeiros realizavam palestras e campanhas na comunidade, com ênfase nos sinais e sintomas provocados pela doença. Nas ações de vigilância epidemiológica, priorizava-se a busca ativa de casos e contatos dos pacientes índice.

Em um estudo realizado por Braga (2011) apontou-se a escassez de visibilidade do profissional enfermeiro no que tange as pesquisas que envolvem o contexto epidemiológico de endemias. O autor ainda propõe que haja uma reformulação dos cursos de graduação em enfermagem, capaz de valorizar o enfermeiro como peça fundamental no processo de vigilância epidemiológica de endemias, nesse caso, a hanseníase.

Em relação às estratégias que os profissionais de saúde podem utilizar no combate à endemia, sugere-se que os gestores, em todas as esferas de governo, fortaleçam as ações de educação permanente em saúde, não só dos enfermeiros e médicos, mas de toda equipe multiprofissional que atua na assistência aos pacientes com hanseníase e expostos, a partir de qualificações e treinamentos contínuos que evoluam, desde medidas preventivas, diagnóstico precoce, tratamento, exame dermatoneurológico, identificação de estados reacionais, até o momento da cura, bem como o empoderamento da comunidade no processo saúde-doença desta endemia, com um único objetivo: que a hanseníase, como um problema de saúde pública, seja extinta (NASCIMENTO, 2011).

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo avaliativo descritivo, realizado em todas as instituições de saúde que operacionam o Programa de Controle da Hanseníase - PCH no Município de São Luís - MA. O presente estudo faz parte de um projeto maior intitulado “Avaliação do Programa de Controle da Hanseníase no município de São Luís – MA, financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa e ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Maranhão – FAPEMA. A pesquisadora também contou com o apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas – FAPEAM, onde esteve enquadrada sob o Edital Rh-Interiorização 003/2015, na condição de bolsista.

### 4.2 Caracterização da área de estudo

O município de São Luís é a capital do estado do Maranhão e ocupa uma extensão de 1.097 Km<sup>2</sup> e área de 835 Km<sup>2</sup>. Sua população é composta por 1.014.837 habitantes, sendo 474.995 homens e 539.842 mulheres, dos quais 958.52 residentes em área urbana e 56.315 na área rural (IGBE, 2010).

Segundo a Secretaria Municipal de Saúde - SEMUS, a rede de serviços de saúde do município conta com um quantitativo de 92 unidades do Sistema Único de Saúde (SUS) conforme dados encontrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde- CNES, das quais 57 possuem o Programa de Controle da Hanseníase – PCH (SES- MA, 2015; PEIXOTO et. al. 2011).

De acordo com Peixoto et. al. (2011), para que houvesse uma melhor incorporação das ações e serviços de saúde destinados à população, o município de São Luís foi dividido em sete Distritos Sanitários, sendo assim as Unidades de Saúde que compõem o referido estudo estão assim distribuídas:

- **Distrito Bequimão, com 6 unidades:** Unidade Mista (UM) do Bequimão, Centro de Saúde (CS) Genésio Rego, CS Amar, CS Radional, Unidade de Saúde da Família (USF) São Francisco, CS Bezerra de Menezes.
- **Distrito Centro, com 2 unidades:** CS Liberdade, Unidade de Saúde Hospital Universitário Presidente Dutra;

- **Distrito Cohab, com 6 unidades:** CS Salomão Fiquene, CS Cohab Anil I, CS Djalma Marques, CS Turu, CS Vila Lobão, CS Genésio Ramos Filho;
- **Distrito Coroadinho, com 4 unidades:** USF Antônio Guanaré, CS Bairro de Fátima, CS João Paulo, CS Carlos Macieira;
- **Distrito Itaqui Bacanga, com 9 unidades:** UM Itaqui Bacanga, CS Clodomir Pinheiro Costa, USF Vila Embratel, CS Embrião, USF São Raimundo, CS Yves Pargas, USF Gapara, CS Vila Nova, Hospital Aquiles Lisboa;
- **Distrito Tirirical, com 17 unidades:** UM do São Bernardo, USF São Bernardo, CS São Cristóvão, USF Jardim São Cristóvão, USF Pirapora, CS João de Deus, USF Fabriciana de Moraes, USF Santa Efigênia, USF Nazaré Neiva, CS Janaina, CS Vila Itamar, CS Santa Bárbara, USF Santa Clara, USF Cidade Olímpica I, USF Cidade Olímpica II, USF Cidade Olímpica III, CS Coquilho;
- **Distrito Esperança, com 13 unidades:** CS Tibiri, CS Maracanã, CS Vila Sarney, CS Pedrinhas I, CS Pedrinhas II, Posto Complexo Penitenciário de Pedrinhas, CS Laura Vasconcelos, CS Itapera, CS Thalles Ribeiro Gonçalves, CS Quebra Pote, USF Coqueiro, USF Nova República, USF Rio Grande.

### 4.3 População

Foram incluídos no estudo todos os casos de hanseníase registrados e notificados nas unidades de saúde que operacionam o PCH, no ano de 2012, no município de São Luís, no Maranhão.

Considerando que em 2012 foram notificados 1.055 casos de hanseníase e registrados 3.310 contatos, a população determinada para o presente estudo totalizou 4.365 focos para avaliação dos indicadores propostos por este estudo (SES-MA, 2015).

Segundo os critérios de inclusão descritos no presente estudo, a população definida composta pelos casos notificados e registrados no ano de 2012, é justificada pela necessidade dos dados referentes à completude do tratamento e desfecho final do indivíduo, tendo em vista que o período mínimo para tratamento do paciente com hanseníase é de 6 (seis) meses e máximo de 18 (dezoito) meses, se tratando de esquemas terapêuticos tradicionais (QUADRO 1), quando se trata de

esquemas terapêuticos substitutivos, o tempo de tratamento pode chegar a 36 (trinta e seis) meses, nos casos de contraindicação a uma ou mais drogas do esquema padrão poliquimioterápico ou em casos de intolerância grave, conforme o preconizado pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria Nº 3.125, de 7 de outubro de 2010, sendo assim, se o estudo fosse realizado nos anos posteriores ao estabelecido, não seria possível avaliar seu desfecho.

**Quadro 1** - Período de tratamento dos pacientes com hanseníase, conforme Portaria Nº 3.125, de 7 de outubro de 2010.

CASOS PAUCIBACILARES	CASOS MULTIBACILARES
O tratamento estará concluído com 6 (seis) cartelas em até 9 (nove) meses.	O tratamento estará concluído com 12 (doze) cartelas em até 18 (dezoito) meses.

Fonte: adaptado MS (2016).

#### 4.4 Critérios de exclusão

O critério de exclusão foram os casos em que os prontuários ou fichas de notificação estivessem rasurados e/ou ilegíveis para a apuração dos dados, bem como aqueles que não foram localizados.

#### 4.5 Instrumento e coleta de dados

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi adaptado a partir das informações contidas na ficha do SINAN.

Foram utilizados dois formulários: o primeiro destinado ao preenchimento das informações referente aos casos de hanseníase (APÊNDICE A), sendo composto pelas seguintes variáveis:

- **Variáveis sociodemográficas:** idade, sexo, raça/cor, procedência, residência, unidade de saúde e distrito sanitário a qual pertence;
- **Variável social de escolaridade**
- **Variáveis clínicas:** forma clínica, classificação operacional, grau de incapacidade o momento do diagnóstico, modo de entrada, modo de detecção do caso novo, ocorrência de reações durante o tratamento, tipo de reação, medicação de tratamento para reação, grau de incapacidade física ao



final do tratamento, tipo de alta, número de contatos registrados, número de contatos examinados, número de contatos encaminhados para BCG.

O segundo formulário (APÊNDICE B) foi destinado às informações referente aos contatos dos casos de hanseníase, sendo composto pelas seguintes variáveis: idade, sexo, unidade de saúde, distrito sanitário a qual pertence, grau de parentesco com o caso índice, forma clínica do caso índice, classificação operacional do caso índice, resultado do exame dermatoneurológico, se suspeito e encaminhado para avaliação médica, qual o resultado da consulta, se apresenta cicatriz vacinal por BCG e se encaminhado para BCG.

Primeiramente, foi realizado um contato prévio com a Secretaria Estadual de Saúde (SES) solicitado uma listagem das unidades de saúde com casos de hanseníase notificados em 2012, tendo como base as informações registrados no SINAN, no intuito de nos fornecer subsídios para direcionar a coleta de dados.

Tendo como base a listagem disponibilizada pela SES referente às unidades de saúde com casos de hanseníase notificados em 2012, foi realizado o seguinte levantamento: das 57 unidades de saúde que operacionam o PCH no município de São Luís, 44 registraram e notificaram casos de hanseníase no ano de 2012. Dessa forma, a realização do presente estudo se deu, de fato, nestas 44 unidades, estando as demais inseridas no seguinte critério de exclusão: - unidades de saúde que não possuem registros de casos notificados em 2012.

Os dados foram coletados no período de setembro 2015 a março de 2016, a partir das fichas de notificação, livro de registro e prontuários de pacientes com diagnóstico de hanseníase, notificados no ano de 2012.

Inicialmente foi realizado contato prévio com as unidades de saúde, onde foram entregues aos diretores gerais e/ou administrativo das referidas unidades, os seguintes documentos: autorização da SES (ANEXO A), autorização da SEMUS (ANEXO B) e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP (ANEXO D), bem como a elucidação do instrumento a ser utilizado para a coleta de dados e o esclarecimento de quaisquer dúvidas relacionadas à execução do estudo.

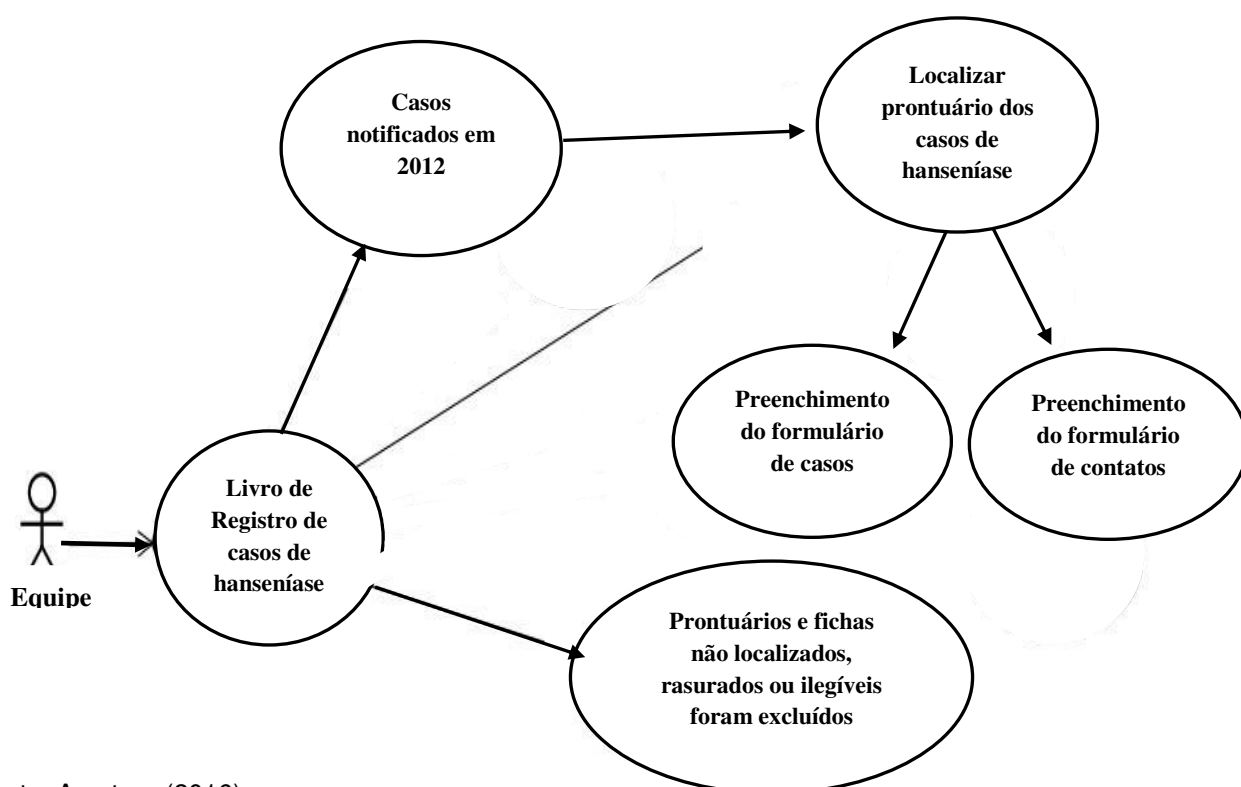
Ainda durante o contato prévio, foi realizado o agendamento dos dias, horários e profissional responsável para acompanhar a equipe durante a realização da coleta de dados, a depender da disponibilidade dos mesmos, a fim de não comprometer o atendimento de saúde das unidades. Os instrumentos da pesquisa

foram aplicados nos turnos de trabalho dos enfermeiros responsáveis pelo PCH, manhã e/ou tarde.

A coleta de dados foi realizada de forma contínua e diária, por uma equipe composta por 6 (seis) acadêmicas de enfermagem da Universidade Federal do Maranhão – UFMA, de forma colaborativa e voluntária. A equipe foi previamente treinada para o manuseio dos prontuários dos pacientes com hanseníase, uma vez que o mesmo demanda atenção, responsabilidade, conferência e padronização por parte dos envolvidos, por se tratar de um prontuário único, bem como a capacitação para o preenchimento do instrumento utilizado no estudo. A coleta de dados ocorreu sob acompanhamento e supervisão de uma das pesquisadoras.

Conforme apresentado na representação gráfica (FIGURA 1) ao chegar nas unidades de saúde, conforme os dias e horários agendados, a equipe realizava o levantamento dos casos notificados e registrados na unidade no ano de 2012, através do Livro de Registro de Casos de Hanseníase. Posteriormente, localizavam-se os prontuários dos pacientes de acordo com o número da ficha ou número de notificação. De posse dos prontuários localizados, prosseguiu-se com o preenchimento dos instrumentos (APÊNDICE A), (APÊNDICE B).

**Figura 1** - Diagrama das etapas da coleta de dados



#### 4.6 Definições utilizadas no estudo

Para o estudo foram adotadas as seguintes definições, de acordo com o Ministério da Saúde do Brasil (BRASIL, 2016):

**Caso Novo:** aquele indivíduo que nunca recebeu o tratamento específico para a patologia e apresenta lesão(ões) cutâneas com diminuição da sensibilidade, espessamento dos nervos periféricos com comprometimento sensitivo e/motor e a presença do bacilo *M. leprae* confirmada por exame diagnóstico.

**Abandono de tratamento:** pacientes que não concluíram a terapêutica medicamentosa dentro do prazo máximo estabelecido, bem como pacientes PB que não realizaram o tratamento por tempo superior a três meses ou paciente MB mais de seis meses de tratamento deverá ser informado no respectivo campo.

**Contato:** toda e qualquer pessoa que conviva ou conviveu, de forma prolongada ou próxima com o caso de hanseníase, bem como suas fontes de infecção intradomiciliar (familiar) ou contato social (vizinhos, colegas de escola, trabalho) ou tenha residido com o doente de hanseníase nos últimos 5 (cinco) anos.

**Grau de Incapacidade Física:** de acordo com o estabelecido pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010).

**Grau 0** = Nenhum comprometimento visual. Força muscular das mãos e pés preservadas. Sensibilidade palmar e plantar mantidas.

**Grau 1** = Diminuição ou perda da sensibilidade córnea; diminuição ou perda da sensibilidade protetora das mãos e/ou nos pés.

**Grau 2** = Comprometimentos visíveis decorrentes da hanseníase como: lagoftalmo, triquíase, entrópio, opacidade corneana central; acuidade visual diminuída ou incapaz de contar dedos a 6m de distância. Perda da sensibilidade protetora palmar e plantar e/ou deformidades visíveis causadas pela hanseníase, levando à incapacidades físicas como: atrofia muscular, garras, mão caída, pé caído, feridas, contratura do tornozelo.

**Não avaliado** = Quando o paciente não é avaliado.

**Não registrado** = Prontuários, fichas de notificação e/ou livro de registro nos quais os campos não estavam preenchidos.

#### **4.7 Análise dos dados**

Os dados foram digitados numa planilha do programa Excel, posteriormente foram processados e analisados no programa Epi-Info, versão 7 e apresentados em forma de tabelas de frequência absoluta e relativa.

Para a avaliação do programa foram utilizados os indicadores da qualidade das ações e serviços (operacionais) de acordo com os parâmetros do MS estabelecidos na Portaria N<sup>o</sup> 149, de 03 de fevereiro de 2016.

##### - Indicadores da qualidade das ações e serviços (Operacionais):

- Proporção de cura de hanseníase entre os casos novos diagnosticados no ano de coorte;
- Proporção de casos de hanseníase em abandono de tratamento entre os casos novos diagnosticados no ano de coorte;
- Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase diagnosticados no ano de coorte;
- Proporção de casos novos de hanseníase com grau de incapacidade física avaliado no momento do diagnóstico;
- Proporção de casos curados no ano com grau de incapacidade física avaliado entre os casos novos de hanseníase no período de coorte

Os indicadores foram organizados e calculados de acordo com o tipo de indicador, sua construção, utilidade e parâmetros de qualidade, conforme o estabelecido pela portaria descrita, apresentado no Quadro 2:

**Quadro 2 (continua)-** Parâmetros avaliativos das ações e serviços de saúde, pré-estabelecidos pelo MS, 2016.

INDICADOR	CONSTRUÇÃO	UTILIDADE	PARÂMETRO
<b>1. Proporção de cura de hanseníase entre os casos novos diagnosticados no ano de coorte</b> <sup>(2) (3)</sup>	<b>Numerador:</b> casos novos de hanseníase residentes em determinado local, diagnosticados no ano de coorte e curados até 31/12 do ano da avaliação <b>Denominador:</b> Total de casos novos e hanseníase residentes no mesmo local e diagnosticados no ano de coorte <b>Fator de multiplicação:</b> 100	Avaliar a qualidade da atenção e do acompanhamento dos casos novos diagnosticados até a completude do tratamento	<b>Bom</b> ≥ 90% <b>Regular</b> ≥75 a 89,9 % <b>Precário</b> < 75%
<b>2. Proporção de casos de hanseníase em abandono de tratamento entre os casos novos diagnosticados no ano de coorte</b> <sup>(2) (3) (4)</sup>	<b>Numerador:</b> casos novos de hanseníase diagnosticados no ano de coorte que abandonaram o tratamento até 31/12 do ano de avaliação <b>Denominador:</b> total de casos novos diagnosticados no ano de coorte <b>Fator de multiplicação:</b> 100	Avaliar a qualidade da atenção e do acompanhamento dos casos novos diagnosticados até a completude do tratamento	<b>Bom</b> < 10% <b>Regular</b> 10 a 24,9 % <b>Precário</b> ≥ 25%
<b>3. Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase diagnosticados no ano de coorte</b> <sup>(2) (3)</sup>	<b>Numerador:</b> nº de contatos dos casos novos examinados por local de residência atual e diagnosticados no ano de coorte (PB diagnosticados no ano anterior ao ano da avaliação e MB diagnosticados dois anos antes do ano da avaliação). <b>Denominador:</b> total de contatos dos casos novos de hanseníase registrados por local de residência atual e diagnosticados no ano de coorte (PB diagnosticados no ano anterior ao ano da avaliação e MB diagnosticados dois anos antes do ano da avaliação). <b>Fator de multiplicação:</b> 100	Mensurar a capacidade dos serviços em realizar a vigilância de contatos de casos novos de hanseníase, aumentando a detecção oportuna de casos novos	<b>Bom:</b> ≥ 90,0% <b>Regular:</b> ≥ 75,0 a 89,9% <b>Precário:</b> < 75,0%
<b>4. Proporção de casos novos de hanseníase com grau de incapacidade física avaliado no momento do diagnóstico</b>	<b>Numerador:</b> casos novos de hanseníase com o grau de incapacidade física avaliado no diagnóstico, residentes em determinado local e detectados no ano de avaliação <b>Denominador:</b> casos novos de hanseníase, residentes no mesmo local e diagnosticados no ano da avaliação <b>Fator de multiplicação:</b> 100	Medir a qualidade do atendimento nos Serviços de Saúde	<b>Bom</b> ≥ 90% <b>Regular</b> ≥ 75 a 89,9% <b>Precário</b> < 75%

(1) Indicador calculado somente quando o percentual de casos com grau de incapacidade física avaliado for maior ou igual a 75%. (2) Indicador a ser calculado por local de residência atual do paciente. Deverão ser retirados do denominador apenas os casos considerados como erro diagnóstico. (3) Os anos das coortes são diferenciados conforme a classificação operacional e data de diagnóstico de hanseníase: a) Paucibacilar (PB) todos os casos novos paucibaciliares que foram diagnosticados 1 ano antes do ano da avaliação; b) Multibacilar (MB) todos os casos novos multibaciliares que foram diagnosticados 2 anos antes do ano da avaliação. (4) A saída por “abandono” deverá ser informada quando os pacientes PB não compareceram ao tratamento por mais de três meses e os pacientes MB por mais de seis meses, mesmo após inúmeras tentativas de busca e retorno ao tratamento por parte dos profissionais.

**Quadro 2 (conclusão) - Parâmetros avaliativos das ações e serviços de saúde, pré-estabelecidos pelo MS, 2016.**

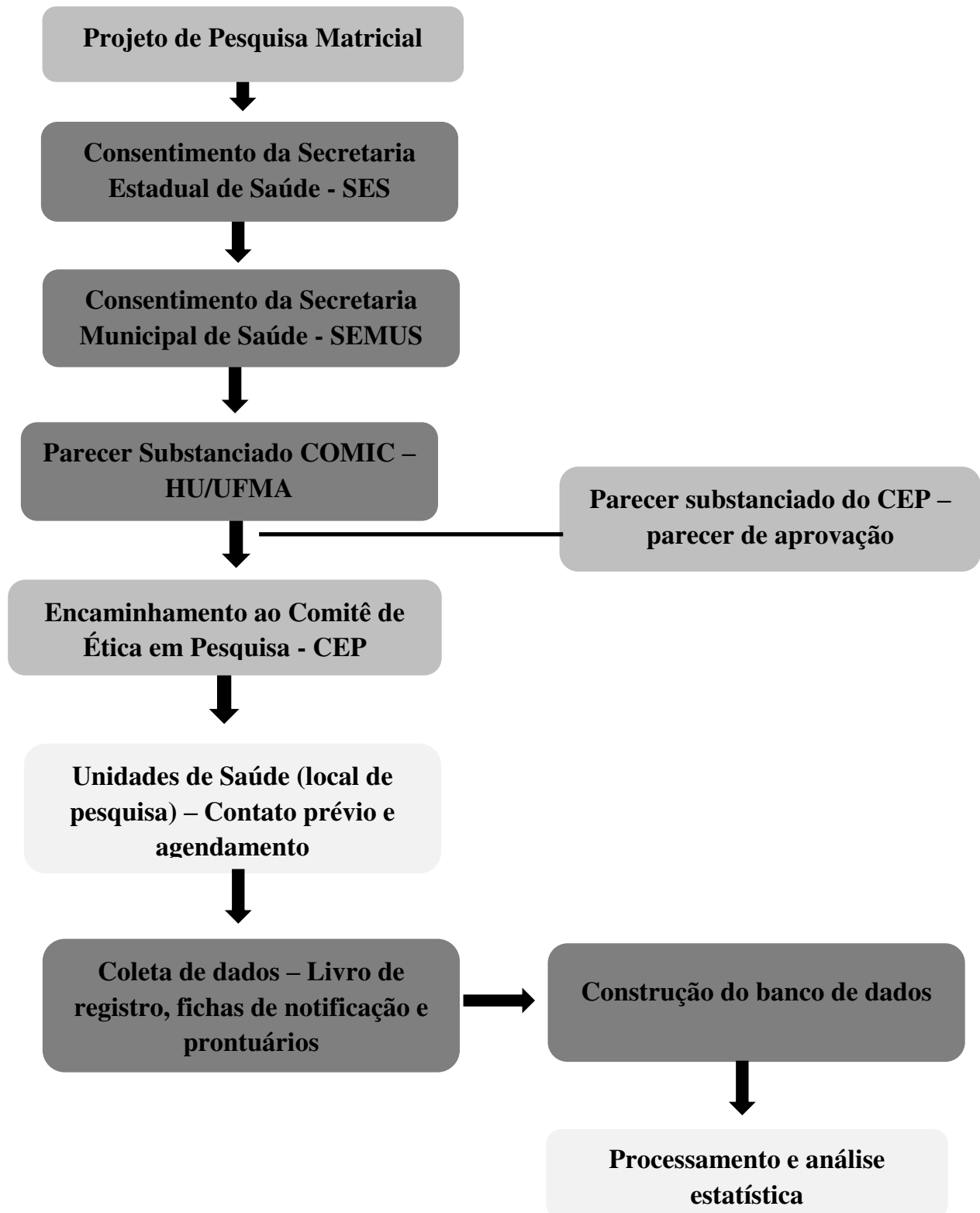
INDICADOR	CONSTRUÇÃO	UTILIDADE	PARÂMETRO
<b>5. Proporção de casos curados no ano com grau de incapacidade física avaliado entre os casos novos de hanseníase no período de coorte</b> <sup>(2) (3)</sup>	<b>Numerador:</b> casos curados no ano com o grau de incapacidade física avaliado por ocasião da cura residentes em determinado local. <b>Denominador:</b> total de casos curados no ano residentes no mesmo local <b>Fator de multiplicação:</b> 100	Medir a qualidade do atendimento nos Serviços de Saúde	<b>Bom:</b> ≥ 90% <b>Regular:</b> ≥75 a 89,9% <b>Precário:</b> < 75%

Fonte: adaptado MS (2016).

#### 4.8 Aspectos éticos

O estudo foi precedido da autorização da Secretaria Estadual de Saúde - SES (ANEXO A), Secretaria Municipal de Saúde - SEMUS (ANEXO B), Comissão Científica do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão – COMIC/HUUFMA (ANEXO C). Posteriormente foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa – CEP sob Nº 1.152.824 (ANEXO D). Para fins legais, a pesquisa seguiu os princípios éticos estabelecidos na Resolução CNS/MS nº 466/12

Em virtude da coleta de dados ter sido realizada por meio das fichas de notificação, livro de registro e prontuários de pacientes com diagnóstico de hanseníase, foi solicitada a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, pela dificuldade de contactar todos os participantes, que podem não residir no município de São Luís e/ou ter ocorrido mudança de endereço e de contato, sendo, portanto, utilizado o Termo de Compromisso de Utilização de Dados – TCUD (ANEXO E).

**Diagrama 1 - Diagrama metodológico**

Fonte: A autora (2016)

## **5 RESULTADOS**

Para fins de resultado, durante a coleta de dados, identificou-se o não preenchimento de alguns registros que compunham as fichas de notificação, livros de registro e prontuários dos casos novos de hanseníase. Dessa forma, na ausência do preenchimento dos registros, as variáveis não foram computadas.

A população avaliada no presente estudo foi composta por todos os casos de hanseníase notificados em 2012 nas Unidades de Saúde que operacionalizavam o PCH no município de São Luís – MA. Sendo assim, os resultados foram descritos da seguinte forma, primeiramente, foi traçado o perfil sociodemográfico dos casos de hanseníase notificados e que iniciaram tratamento até 31 de dezembro de 2012, em seguida, foi exposto os resultados do processo avaliativo dos indicadores operacionais do PCH, os quais foram objeto desse estudo, com base nos livros de registros, fichas de notificação e prontuários dos pacientes notificados no ano de 2012, utilizando os parâmetros estabelecidos pelo MS, classificando-os em Bom, Regular ou Precário e por último, foi realizado o levantamento epidemiológico da hanseníase, caracterizando a real situação da hanseníase no município de São Luís – MA. Essa abordagem contempla todos os objetivos propostos pelo estudo.

### **5.1 Perfil sociodemográfico dos casos de hanseníase**

O município de São Luís, no Maranhão, conta com o apoio de 57 (cinquenta e sete) unidades de saúde que operacionam o PCH, segundo dados disponibilizados pela SES e SEMUS. Dessa forma, o estudo foi realizado em 44 (quarenta e quatro) unidades de saúde, no entanto, as outras 13 (treze) unidades foram excluídas, por não possuir registros de casos de hanseníase notificados no ano de 2012.

De acordo com os dados coletados, com base no livro de registro, prontuários e ficha de notificação, foram notificados 1.055 casos e registrados 3.310 contatos intradomiciliares de hanseníase no ano de 2012, no município de São Luís – MA. Vale ressaltar que, as variáveis que não totalizam o quantitativo geral de 1.055 casos se deve à inconsistência no preenchimento dos registros pelos profissionais de saúde.



**Tabela 4** - Perfil sociodemográfico dos casos de hanseníase notificados no ano de 2012, segundo a faixa etária, sexo, raça/cor, escolaridade e residência. São Luís, 2016.

VARIÁVEL		N	%
<b>Idade</b>	01 a 20	194	18,4
	21 a 40	372	35,4
	41 a 60	295	28,0
	61 a 80	177	16,8
	> 80	15	1,4
	<b>TOTAL</b>	<b>1053</b>	<b>100,0</b>
<b>Sexo</b>	Masculino	536	51,2
	Feminino	511	48,8
	<b>TOTAL</b>	<b>1047</b>	<b>100,0</b>
<b>Raça/cor</b>	Branca	133	15,8
	Preta	110	12,9
	Amarela	19	2,2
	Parda	532	62,8
	Indígena	50	5,8
	Não registrada	1	0,1
	Ignorada	4	0,4
<b>TOTAL</b>	<b>849</b>	<b>100,0</b>	
<b>Escolaridade</b>	Analfabeto	65	7,8
	1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau)	114	13,4
	4ª série completa do EF	51	6,0
	5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau)	118	13,9
	Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau)	100	11,8
	Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau)	81	9,5
	Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau)	221	26,0
	Educação superior incompleta	25	2,9
	Educação superior completa	37	4,5
	Não registrado	27	3,3
	Não se aplica	8	0,9
<b>TOTAL</b>	<b>847</b>	<b>100,0</b>	
<b>Residência</b>	Capital do Estado	693	80,6
	Outros municípios da Ilha de São Luís	63	7,4
	Outros municípios do Estado	96	11,3
	Outros Estados	3	0,3
	Não registrado	4	0,4
	<b>TOTAL</b>	<b>859</b>	<b>100,0</b>

Fonte: SINAN/Livro de registros/ Prontuários, 2016.

Quanto às características sociodemográficas (Tabela 4), a faixa etária dos pacientes com hanseníase entre 21 a 40 anos foi predominante, com 372 casos (35,4%). Na distribuição dos casos por gênero, verificou-se a predominância do sexo masculino, representada por 536 casos (51,2%). Na avaliação da raça/cor,

indivíduos de cor da pele parda foram a maioria, com 532 (62,8%) casos, seguidos pelos brancos, com 133 casos (15,8%).

Ainda na Tabela 4, notou-se que 221 casos notificados (26,0%) possuía o Ensino Médio Completo, seguido de 118 (13,9%) que obtinha escolaridade de 5ª a 8ª série incompleta do Ensino Fundamental e, perpendicularmente, a escolaridade de 1ª a 4ª série incompleta obteve resultados semelhantes, com 114 casos (13,4%). Quanto à caracterização da zona de residência dos casos, 693 (80,6%) moravam na capital do estado (São Luís), seguindo de outros 96 (11,3%) provenientes de outros municípios do Estado.

## **5.2 Avaliação dos indicadores das ações e serviços de saúde (operacionais)**

Ao realizar a avaliação dos indicadores operacionais, optou-se por seguir a ordem descrita no percurso metodológico, na etapa de análise dos dados, onde o primeiro indicador operacional se propôs a avaliar “Proporção de cura de hanseníase entre os casos novos diagnosticados no município de São Luís, no ano de 2012”. Dessa forma, com base nos parâmetros estabelecidos pelo MS, onde “Bom” é considerado  $\geq 90\%$ , “Regular”  $\geq 75$  a  $89,9\%$  e “Precário”  $< 75\%$ , percebe-se que o mesmo foi considerado “Precário”, uma vez que somente 42,5% dos casos novos diagnosticados obtiveram seu tipo de saída por motivo de cura.

Ainda em relação ao tipo de saída dos pacientes com hanseníase, constatou-se que o indicador referente a “Proporção de casos de hanseníase em abandono de tratamento entre os casos novos diagnosticados no município de São Luís, no ano de 2012”, foi classificado como “Bom”, com um percentual de 3,4% de abandono, onde os parâmetros exigidos pelo MS são definidos da seguinte forma: Bom  $< 10\%$ ; Regular 10 a 24,9 %; Precário  $\geq 25\%$ .

Para melhor elucidação dos resultados, a Tabela 5 apresenta os dados referente ao indicador 3, caracterizado por avaliar a “Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase diagnosticados no ano de coorte”. Sendo assim, verificou-se que, do total de contatos registrados, apenas 29,1% foram examinados, classificando o referido indicador como “Precário”.

**Tabela 5** - Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase notificados no município de São Luís, no ano de 2012. São Luís, 2016

Contatos registrados	Contatos examinados	Indicador 3
2.214	645	*29,1%

Fonte: SINAN/Livro de Registros/Prontuários, 2016.

\* Parâmetros: Bom:  $\geq 90,0\%$ ; Regular:  $\geq 75,0$  a  $89,9\%$ ; Precário:  $< 75,0\%$

Ao analisar a Tabela 6, percebe-se que, dentre os casos novos notificados, 94,6% realizaram avaliação do grau de incapacidade física no momento do diagnóstico, destes, 60,4% apresentaram Grau 0 de incapacidade, outros 27,5% apresentaram Grau 1 e 8,3% Grau 2. Todavia o indicador capaz de avaliar a “Proporção de casos novos de hanseníase com grau de incapacidade física avaliado no momento do diagnóstico” foi classificado como “Bom”, de acordo com os parâmetros estabelecidos pelo MS.

**Tabela 6** - Proporção de casos novos de hanseníase com grau de incapacidade física avaliado no momento do diagnóstico, notificados no município de São Luís, no ano de 2012. São Luís, 2016.

VARIÁVEL	Categorias	N	%
<b>Grau de incapacidade no diagnóstico</b>	Grau zero	406	60,4
	Grau 1	185	27,5
	Grau 2	56	8,3
	Não avaliado	15	2,2
	Não registrado	10	1,4
<b>TOTAL</b>		<b>672</b>	<b>100,0</b>

Fonte: SINAN/Livro de Registro/Prontuários, 2016.

Grau zero + grau 1 + grau 2 = 94,6%

Parâmetro: Bom  $\geq 90\%$ ; Regular  $\geq 75$  a  $89,9\%$ ; Precário  $< 75\%$

Quanto à avaliação do indicador referente a “Proporção de casos curados no ano com grau de incapacidade física avaliado entre os casos novos de hanseníase no período de coorte” (Tabela 7), verificou-se que 82,5% dos pacientes foram avaliados ao final do tratamento, ressaltando-se que destes, 58,4% apresentaram Grau 0 de incapacidade física, outros 18,9% foram classificados com Grau 1 e 5,2% obtiveram Grau 2 durante a avaliação.

**Tabela 7** - Proporção de casos curados no ano com grau de incapacidade física avaliado entre os casos novos de hanseníase notificados no município de São Luís, no ano de 2012. São Luís, 2016

VARIÁVEL	Categorias	N	%
Grau de incapacidade no final do tratamento	Grau zero	170	58,4
	Grau 1	55	18,9
	Grau 2	15	5,2
	Não avaliado	28	9,6
	Não registrado	23	7,9
<b>TOTAL</b>		<b>291</b>	<b>100,0</b>

Fonte: SINAN/Livro de Registro/Prontuários, 2016.

Grau zero + grau 1 + grau 2 = 82,5%

Parâmetro: Bom  $\geq$  90%; Regular  $\geq$  75 a 89,9%; Precário  $<$  75%

Dessa forma, o presente indicador foi classificado como “Regular”.

### 5.3 Levantamento epidemiológico da hanseníase

Ao realizar o levantamento epidemiológico na hanseníase no ano de 2012, em relação ao modo de entrada dos casos, observou-se que 684 pacientes (79,1%) foi classificado como caso novo, seguido de 102 (11,8%) que entraram como transferência do mesmo município (outra unidade). Este resultado coincide com o observado no modo de detecção dos casos novos, onde 352 pacientes, equivalente a 52,0%, foram detectados por demanda espontânea, seguido de outros 275 (39,8%) que ocorreu por meio de encaminhamento (Tabela 8). É válido ressaltar que, dos 684 pacientes registrados como “caso novo”, somente 669 obtiveram informação em relação ao “modo de detecção”.

**Tabela 8** - Casos de hanseníase notificados no ano de 2012, segundo o modo de entrada e modo de detecção. São Luís, 2016.

VARIÁVEL		N	%
<b>Modo de entrada</b>	Caso novo	684	79,1
	Transferência do mesmo município (outra unidade)	102	11,8
	Transferência de outro Município (mesma UF)	5	0,5
	Transferência de outro Estado	2	0,2
	Transferência de outro País	0	0,0
	Recidiva	18	2,2
	Outros reingressos	47	5,6
	Não registrado	6	0,6
<b>TOTAL</b>		<b>864</b>	<b>100,0</b>
<b>Modo de detecção dos casos novos</b>	Encaminhamento	275	39,8
	Demanda espontânea	352	52,0
	Exame de coletividade	3	0,4
	Exame de contatos	22	3,2
	Outros modos	1	0,1
	Não registrado	16	4,5
	<b>TOTAL</b>		<b>669</b>

Fonte: SINAN/Livro de Registro/Prontuários, 2016.

O presente estudo identificou que a forma clínica da hanseníase predominante entre os casos notificados foi a forma dimorfa, atingindo 611 casos (58,8%), seguido da forma tuberculóide com 207 (19,9%) casos.

**Tabela 9** - Distribuição das características clínicas dos casos notificados com hanseníase no município de São Luís, no ano de 2012. São Luís, 2016.

VARIÁVEL		N	%
<b>Forma Clínica</b>	Indeterminada	65	6,4
	Tuberculóide	207	19,9
	Dimorfa	611	58,8
	Virchowiana	147	14,1
	Não classificada	3	0,2
	Não registrada	6	0,6
	<b>TOTAL</b>		<b>1039</b>

Fonte: SINAN/Livro de Registro/Prontuários, 2016.

Quanto à classificação operacional (Tabela 10), 777 casos (74,1%) dos casos notificados com hanseníase eram multibacilar.

**Tabela 10** - Classificação operacional dos casos notificados com hanseníase no município de São Luís, ano de 2012. São Luís, 2016

VARIÁVEL		N	%
<b>Classificação Operacional</b>	Paucibacilar	272	25,9
	Multibacilar	777	74,1
<b>TOTAL</b>		<b>1049</b>	<b>100,0</b>

Fonte: SINAN/Livro de Registro/Prontuários, 2016.

## **6 DISCUSSÃO**

Segundo Arantes et al (2010), o aumento na detecção e acompanhamento dos casos de hanseníase no Brasil teve um grande progresso, este deve-se não somente ao monitoramento dos fatores epidemiológicos, mas também à participação dos profissionais de saúde nas ações de controle da endemia por meio do aumento da cobertura do PCH, divulgação das informações referentes aos sinais e sintomas apresentados pela doença, a descentralização das ações de saúde, bem como a otimização dos processos avaliativos dos programas de saúde o qual o MS vem priorizando anualmente, culminando no aumento da identificação e notificação de pacientes com este agravo.

Samico (2011) ressalta que a avaliação das ações e serviços de saúde tem importância primordial no que diz respeito à mensuração da qualidade no atendimento destinado à população. Ainda para o mesmo autor, a avaliação dos programas de saúde é determinante para conquistar a visibilidade e credibilidade das ações desenvolvidas pelos profissionais.

### **6.1 Perfil sociodemográfico dos casos de hanseníase**

O presente estudo traçou, prioritariamente, o perfil sociodemográfico dos indivíduos notificados com hanseníase no ano de 2012, onde destacou-se a prevalência de casos de hanseníase na faixa etária entre 21 a 40 anos. Este dado é bastante relevante, uma vez que a população economicamente ativa é a mais acometida pela hanseníase, podendo prejudicar a economia do município em virtude das incapacidades físicas, deformidades e estados reacionais decorrentes da doença e, conseqüentemente, o afastamento do indivíduo de suas atividades laborais, gerando custos sociais adicionais. Dessa forma, faz-se necessário a implementação de estratégias intervencionistas e uma política eficaz de controle da hanseníase, com o intuito de minimizar o impacto socioeconômico e a disseminação da endemia (BARBOSA et al, 2014).

A frequência encontrada em relação ao gênero, destacou-se a prevalência de casos de hanseníase em indivíduos do sexo masculino, corroborando com os estudos de Vieira et al (2014), realizado no estado de Rondônia, durante o período de 2001 a 2012, onde relata que este dado decorre, principalmente, da maior exposição dos homens aos fatores desencadeantes da doença, possivelmente

em seus locais de trabalho, também se dá pelo fato que os homens exercem uma menor procura pelos serviços de saúde e uma menor preocupação em relação às alterações físicas ocasionadas pela doença.

Durante a avaliação de raça/cor predominante dos casos novos de hanseníase, foi observado que a população parda se sobressai em relação à população branca. Dados esses confrontantes em relação ao estudo de Romão (2013), realizado no município de Guarulhos, no estado de São Paulo, no período de 2004 a 2009, onde houve predomínio da cor branca. Dessa forma, os autores sustentam que tal distribuição resulta da composição étnica de cada grupo social, justificando assim, os resultados obtidos no presente estudo, levando em consideração a realidade local, a qual é formada em sua maioria por pardos e negros (IBGE, 2010; BARBOSA et al, 2014).

No que tange à escolaridade, os achados desta pesquisa revelaram maior percentual de casos em indivíduos com ensino médio completo (anteriormente denominado colegial ou 2º grau). Esta realidade diverge de outros estudo brasileiros, cujos dados apontam que a baixa escolaridade é característica predominante das pessoas acometidas pela hanseníase (RIBEIRO-JUNIOR, 2012; ROMÃO, 2013; BARBOSA et al, 2014).

Ainda no que diz respeito ao grau de escolaridade observado neste estudo, conforme o Caderno de Monitoramento do Plano Plurianual (PPA) 2012-2014, divulgado pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, que trata do Retrato das Políticas Sociais na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio – PNAD, tais resultados podem ser reflexo dos avanços educacionais que ocorreram no país nas últimas duas décadas, onde a ampliação do acesso ocasionou o aumento da escolaridade média. Tais avanços estão arraigados com a estratégia de desenvolvimento do PPA 2012 – 2015, que visa o crescimento inclusivo, principalmente, dos grupos populacionais mais vulneráveis, o qual a hanseníase está inserido (BRASIL, 2014).

A maior parte dos casos novos de hanseníase foi registrada em indivíduos residentes na capital do estado. Segundo Barbosa et al (2014), essa informação é resultado da migração e da organização geográfica no espaço urbano. O processo de urbanização da população justifica-se pela busca de melhores condições de vida, tais como, escolas, emprego, saúde e segurança, o que resulta no aumento populacional dos centros urbanos e vulnerabilidade socioeconômica.

Dessa forma, com o aumento populacional acelerado, os serviços de saúde encontram-se superlotados, ocasionando uma diminuição na qualidade dos serviços prestados.

## **6.2 Avaliação dos indicadores das ações e serviços de saúde (operacionais)**

Os indicadores operacionais são responsáveis por mensurar a qualidade das ações e serviços prestados por profissionais de saúde ao indivíduo com hanseníase. Com base nesta premissa, os indicadores operacionais foram organizados e avaliados sistematicamente, utilizando os parâmetros estabelecidos pelo MS, podendo estes serem classificados em “Bom”, “Regular” ou “Precário” (BRASIL, 2016).

Em relação à situação da alta, é relevante enfatizar que a alta por cura é caracterizada pelo encerramento do tratamento medicamentoso, obedecendo as particularidades do esquema estabelecido no diagnóstico, com base na forma clínica e classificação operacional da doença. Dentre os critérios de alta por cura, também deve-se realizar a avaliação dermatoneurológica e avaliação do grau de incapacidade física do indivíduo ao final do tratamento (BRASIL, 2010).

Durante a avaliação do indicador “Proporção de cura entre os casos novos diagnosticados”, essencial para embasar a avaliação da efetividade e eficiência do tratamento, constatou-se a dificuldade do PCH de São Luís – MA em aprimorar ou manter o número de casos curados, apresentando resultados bem abaixo do preconizado pelo MS, classificando o indicador como “Precário”.

Os resultados deste estudo são comparáveis ao realizado por Oliveira et al (2015), que objetivou descrever os indicadores epidemiológicos e operacionais da hanseníase em três municípios no estado do Paraná, onde constatou-se que tais resultados estão atrelados à ausência de informação dos pacientes que foram transferidos, juntamente com os que abandonaram o tratamento. Portanto, infere-se que a participação efetiva dos profissionais de saúde desde o diagnóstico, acompanhamento, até a completude do tratamento, são de fundamental importância, objetivando o aumento na proporção de cura dos casos de hanseníase.

Durante a interpretação do indicador “Proporção de casos de hanseníase em abandono de tratamento” foi possível constatar que a taxa de abandono foi <10%, classificando-o como “Bom”. Este resultado assemelha-se ao encontrado nos



estudos de Alexandre et al (2009) realizado em um centro de referência no município de São Luís – MA, onde o mesmo obteve resultados satisfatórios e justifica que o abandono do tratamento se dá, principalmente, durante as doses iniciais do tratamento, levando ao desaparecimento da sintomatologia.

A literatura cita ainda outras causas para o abandono como: efeitos adversos ao tratamento, motivos associados aos profissionais e serviços de saúde e causas pessoais relacionadas aos pacientes (MIRANZI et al 2010; BARBOSA et al, 2014; OLIVEIRA et al, 2015). Assim, infere-se que a participação dos gestores, profissionais de saúde e comunidade torna-se fundamental para a redução dos níveis de abandono do tratamento, por meio da busca ativa dos faltosos e ações educativas.

Quanto à avaliação do indicador “Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase diagnosticados no ano de coorte” detectou-se que somente 29,1% dos contatos intradomiciliares foram examinados, discordando dos parâmetros mínimos exigidos e pactuados pelo MS em 2009, classificando o indicador como “Precário”. Tais resultados se assemelham ao encontrado no estudo de Garcia et al (2013), realizado em uma Unidade de Saúde da Família – USF no município de Cáceres – MT, onde observou-se que, no período de 2004 a 2007, foram notificados 22 casos de hanseníase, destes, um terço eram contatos. Diante do exposto, infere-se que o domicílio representa a menor unidade espacial de área de risco para transmissão da endemia. O mesmo estudo também ressalta que possivelmente seriam diagnosticados mais dois casos novos da doença, pelo menos, caso os profissionais de saúde reforçassem as ações de busca ativa nos próximos anos.

De acordo com Vieira et al (2014), os contatos intradomiciliares apresentam risco entre 6 a 10 vezes mais elevado de ser acometido pela doença, quando comparado à população geral. Assim, a investigação apropriada desse público é essencial para descontinuar a cadeia de transmissão da hanseníase, por meio da detecção precoce dos casos identificados e início do tratamento medicamentoso, evitando a disseminação do bacilo, incapacidade e deformidades ocasionadas pelo diagnóstico tardio. Sendo assim, com base na precariedade do indicador referente ao acompanhamento e avaliação dos contatos intradomiciliares identificado no presente estudo, é de suma importância promover ações de vigilância, com ênfase na realização do exame de contatos, visando o controle da

endemia em um cenário de hiperendemicidade, o qual o estado do Maranhão está inserido.

Durante a realização deste estudo, na etapa referente à coleta de dados, observou-se a inconsistência no registro das informações dos contatos de hanseníase, onde grande parte dos formulários avaliados encontravam-se sem nenhum contato registrado. No estudo realizado por Peixoto et al. (2011) cujo objetivo foi descrever a situação dos contatos de hanseníase no município de São Luís, no Maranhão, reforça a ideia de que a proporção de casos novos sem registro de contatos é uma variável capaz de mensurar a qualidade das ações e serviços prestados pelos profissionais de saúde, sugerindo irregularidades no registro dos contatos. Esta situação demonstra as fragilidades da vigilância epidemiológica e operacional, contribuindo para a manutenção dos níveis elevados da doença.

No tocante à avaliação do indicador 4 “Proporção de casos novos de hanseníase com grau de incapacidade física avaliado no momento do diagnóstico”, sua análise é de fundamental importância, tendo em vista que as incapacidades físicas geram diversos problemas como: limitação da vida social, afastamento do ambiente laboral, problemas de cunho psicológico, estigma e preconceito (LIMA et al, 2010; BARBOSA et al, 2014).

A totalidade de pacientes avaliados nesse quesito, classificou o indicador como “Bom” em relação aos indicadores operacionais. Os resultados encontrados no presente estudo é comparável com os dados obtidos por Romão et al (2013), onde todos os casos notificados foram avaliados no momento do diagnóstico, sugerindo, em ambos os estudos, notórios indicativos de qualidade das ações e serviços de saúde, sendo uma das formas mais eficiente na avaliação do diagnóstico precoce e redução da ocorrência de incapacidades físicas no momento da alta por cura.

No estudo realizado por Carvalho et al (2012), cujo objetivo foi avaliar o Programa de Controle da Hanseníase no município de União, no estado do Piauí, ressalta-se que os profissionais médicos e enfermeiros são os principais responsáveis pelas ações de acompanhamento, controle e assistência ao paciente com hanseníase, dessa forma, esses profissionais devem manter uma atitude de vigilância contínua em relação ao potencial incapacitante da doença. Por este motivo, o MS estabelece que a avaliação de incapacidade física do paciente com hanseníase deve ser realizada no início do tratamento, a cada três meses durante o

tratamento, sempre que o paciente relatar queixas, durante estados reacionais da doença e no momento da alta por cura, para que sejam identificados os acometimentos de forma precoce e realizadas intervenções cabíveis para a prevenção e tratamento (LANZA, 2014; BRASIL, 2016).

Descrevendo de modo sequencial, a totalidade de pacientes avaliados com base no indicador “Proporção de casos curados no ano com grau de incapacidade física avaliado entre os casos novos de hanseníase no período das coorte” foi classificado como “Regular” em relação ao indicador de qualidade das ações e serviços prestados. De acordo com o estudo realizado por Romão et al (2013), cujo objetivo foi descrever o perfil epidemiológico da hanseníase no município de Guarulhos, no período de 2004 a 2009, este indicador pode ser indicativo de lacunas existentes durante o processo de avaliação dos pacientes durante o tratamento e prevenção de incapacidades, possivelmente desencadeado pela falta de experiência e inaptidão dos profissionais responsáveis pelo manejo desses pacientes.

Tais resultados são comparáveis com o estudo realizado por Oliveira et al, (2015) em três municípios considerados prioritários para eliminação da endemia no estado do Paraná, destes, três municípios foram considerados como “Regular” neste quesito. Este é um dado importante, pois mensura a capacidade dos serviços de saúde em realizar o controle das incapacidades físicas decorrentes da doença, além de inferir perspectivas relacionadas ao tratamento, por meio de análises comparativas entre prováveis mudanças evolutivas nos graus de incapacidade, desde o momento do diagnóstico até a alta por cura.

Os resultados alcançados por este indicador é sugerível de intervenções voltadas para a necessidade de implementar medidas eficazes para prevenção das incapacidades após a alta. Para que isso ocorra, é de fundamental importância realizar a capacitação e qualificação da equipe de saúde para o acompanhamento dos pacientes, juntamente com a promoção da saúde, em parceria governamentais, em um trabalho conjunto, visando a melhoria da qualidade de vida e a prevenção dos agravos crônicos provocados pela doença (ROMÃO et al, 2013; OLIVEIRA et al, 2015).

### 6.3 Levantamento epidemiológico da hanseníase

Com base na importância de avaliar o panorama epidemiológico da doença, foi observado que o modo de entrada prioritário dos pacientes com hanseníase se deu por meio do registro como “caso novo”, ou seja, o modo de inscrição do usuário que nunca recebeu o tratamento específico para a patologia e apresenta lesão (ões) cutâneas com diminuição da sensibilidade, espessamento dos nervos periféricos com comprometimento sensitivo e/motor e a presença do bacilo *M. leprae* confirmada por exame diagnóstico (BRASIL, 2016).

Corroborando com o estudo realizado por Pacheco et al (2014), realizado no município de São Luís, no Maranhão, onde o modo de entrada dos pacientes correspondeu a 58,33% como “casos novos”, o autor relata que estas taxas permanecem elevadas, principalmente nas regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste, o qual o estado do Maranhão está inserido, segundo dados da Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS, o que é sugerível de um crescimento da incidência da doença. Portanto, faz-se necessário um maior empenho dos profissionais de saúde na operacionalização de ações educativas e preventivas voltadas para a população prioritária, bem como a busca ativas dos contatos e exames de coletividade.

Durante a avaliação do modo de detecção dos casos novos de hanseníase, a classificação “demanda espontânea” predominou com 52,0%, quantitativo este que se assemelha ao estudo realizado por Lana et al (2011), que objetivou analisar a situação epidemiológica na hanseníase e sua relação com o desenvolvimento das ações de controle, onde a maioria dos diagnósticos foram realizados por meio de demanda espontânea, isto é, a própria população procurou o serviço de saúde.

É válido ressaltar que os exames de coletividade foram responsáveis por apenas 0,4% dos diagnósticos dos casos novos, coincidindo com o observado nos estudos de Miranzi et al (2010) e Lana et al (2011). Assim como os exames de contatos, os exames de coletividade é tido como um dos principais instrumentos de investigação e detecção precoce dos casos de hanseníase, contribuindo para a diminuição da prevalência oculta dos casos e diminuição das incapacidades físicas. Estes dados sugerem que a busca ativa é pouco implementada nos serviços de saúde do município de São Luís - MA, revelando uma falha na aplicabilidade das diretrizes propostas pelo Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase.

É relevante discorrer sobre a importância da efetividade das ações de busca ativa, pois estas colaboram com o diagnóstico precoce dos casos de hanseníase e também com o controle de regiões afetadas pela doença. O baixo percentual obtido neste estudo em relação aos exames de coletividade, sugere uma falha no município, o que acarreta dados subnotificados no SINAN. Os exames de coletividade favorece o combate à doença, evitando o crescimento do número de casos, identificação dos indivíduos que abandonaram o tratamento, bem como o exame dos contatos. Portanto, para o sucesso das intervenções, faz-se necessário a realização de atividades de educação em saúde com abordagem didática, simples e objetiva, com adequação à condição social da população, expansão da cobertura do atendimento e capacitação da equipe de saúde atuante nas áreas de ESF (LANA et al, 2011; PACHECO et al, 2014).

Quanto à forma clínica, constatou-se que houve predomínio da forma dimorfa, sendo identificada em 58,8% dos casos. Estes resultados são comparáveis com o estudo realizado por Barbosa et al (2014), no estado do Maranhão, onde a prevalência da hanseníase dimórfica aponta que a detecção dos casos ocorre de forma tardia, contribuindo para um maior risco de graus elevados de incapacidades físicas, colaborando para a manutenção da cadeia de transmissão da doença (PEIXOTO et al, 2011; VIEIRA et al, 2014).

A classificação operacional mais frequente encontrada no município de São Luís – MA foi a multibacilar, sendo identificada em 74,0% dos casos, corroborando com os estudos de Barbosa et al (2014), que objetivou analisar especialmente o perfil dos casos de hanseníase notificados no estado do Maranhão, entre 2001 e 2012. Em ambos os estudos houve a prevalência da classificação operacional multibacilar dos casos novos de hanseníase diagnosticados. Pacientes que possuem a forma multibacilar da doença representam a maior fonte de propagação do bacilo *M. leprae*, podendo eliminá-lo no ambiente, ocasionando a contaminação de indivíduos saudáveis.

É conveniente ressaltar que os pacientes que apresentam a forma multibacilar da doença tornam-se capazes de infectar outros indivíduos antes mesmo das manifestações clínicas da doença. Assim, o baixo quantitativo de pacientes diagnosticados com a forma indeterminada aponta atraso no diagnóstico, podendo sugerir que a rede básica de saúde não vem realizando a detecção dos casos nos estágios iniciais da doença (PEIXOTO et al, 2011; PACHECO, et al,

2014). Diante dos fatos, pode-se inferir que o PCH não encontra-se consolidado, uma vez que a maioria dos casos notificados foram do tipo multibacilar, com predominância da forma dimorfa. Esses resultados são apontados como indicativo de falha na qualidade e efetividade das ações realizadas pelos profissionais de saúde, resultando no aumento da transmissibilidade da doença, detecção tardia dos casos e, conseqüentemente, o aparecimento de incapacidades físicas.

Dessa forma, com base na premissa que a hanseníase representa um grave problema de saúde pública no Brasil, caracterizado pelos seus elevados índices de incidência e prevalência, a Coordenação Nacional de Controle da Hanseníase tem como objetivo primordial o controle da endemia, priorizando o acompanhamento epidemiológico com base na detecção de casos novos, forma clínica, classificação operacional, bem como os pacientes com alto grau de incapacidade física. Sendo assim, o conhecimento dos aspectos epidemiológicos da hanseníase é essencial, de forma a possibilitar a compreensão dos profissionais e gestores de saúde acerca das relações do bacilo com os pacientes, visando a detecção das lacunas determinantes para a manutenção e/ou crescimento dos casos da doença e implantar estratégias eficaz para sua resolutividade (LANA et al, 2011; BARBOSA et al, 2014).

## 7 CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu avaliar a efetividade dos indicadores de qualidade das ações e serviços de saúde do PCH em seus aspectos operacionais no município de São Luís, no Maranhão, referente ao ano de 2012. Os resultados obtidos podem instigar o redirecionamento das ações de gestores e profissionais de saúde destinado à população.

Foram notificados 1.055 novos casos e registrados 3.310 contatos intradomiciliares de hanseníase no ano de 2012, no município de São Luís – MA. Destes, os casos notificados predominantes foram do sexo masculino. Em relação à classe economicamente ativa, a maioria estava inserida entre 21 a 40 anos. Durante a caracterização da raça/cor prevaleceu a população parda e, em relação ao grau de escolaridade, os indivíduos possuíam, em sua maioria, o ensino médio completo. Quanto ao local de residência, a grande maioria residia na capital do estado.

Com base nos resultados obtidos, concluiu-se que os indicadores operacionais classificados como “Bom” foram: proporção de casos de hanseníase em abandono de tratamento entre os casos novos diagnosticados no ano de coorte e proporção de casos novos de hanseníase com grau de incapacidade física avaliado no momento do diagnóstico.

Em contrapartida, os indicadores operacionais classificados como “Precário” foram: proporção de cura de hanseníase entre os casos novos diagnosticados no ano de coorte e proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase diagnosticados no ano de coorte. Já o indicador: proporção de casos curados no ano com grau de incapacidade física avaliado entre os casos novos de hanseníase no período de coorte, foi classificado como “Regular”.

Com base no exposto, conclui-se que o PCH não vem atuando de maneira efetiva, onde dois dos cinco indicadores responsáveis por avaliar a qualidade das ações e serviços prestados pelos profissionais de saúde à população juntamente com as ações de monitorização dos casos de hanseníase, foram classificados como “Precário”, e um indicador foi classificado como “Regular, demonstrando uma deficiência na qualidade do acompanhamento e monitorização dos casos até a completude do tratamento.

Os indicadores considerados “Precários” podem indicar que as ações e serviços destinados à população não estão sendo realizados de maneira resolutiva,

contribuindo para a manutenção dos altos índices da endemia no município, até então considerado como hiperendêmico.

Foi examinado a capacidade dos serviços em realizar a vigilância de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase, constatando que as ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde para o monitoramento dos exames de contatos foi insuficiente no ano de 2012, contribuindo para o aumento da prevalência oculta de casos novos da doença e graus elevados de incapacidades físicas. Diante do exposto, é de suma importância enfatizar que a vigilância e exame dos contatos intradomiciliares é uma intervenção importante para o controle da endemia em um cenário de hiperendemicidade, o qual o estado do Maranhão está inserido.

Com base no panorama epidemiológico realizado no presente estudo, foi observado que o modo de entrada prioritário dos pacientes com hanseníase se deu por meio do registro como “caso novo”, coincidindo com o modo de detecção dos casos novos de hanseníase predominante, classificado por “demanda espontânea”. Estes dados sugerem que a busca ativa é pouco implementada nos serviços de saúde do município de São Luís - MA, revelando uma falha na aplicabilidade das diretrizes propostas pelo Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase.

Quanto à forma clínica, prevaleceu a forma dimorfa da doença, juntamente com a predominância da classificação operacional multibacilar. Esses resultados podem ser considerados como indicativo de falha na qualidade e efetividade das ações realizadas pelos profissionais de saúde, resultando no aumento da transmissibilidade da doença, detecção tardia dos casos e, conseqüentemente, o aparecimento de incapacidades físicas.

De maneira geral, o município de São Luís não obteve resultados satisfatórios em relação a maioria dos indicadores operacionais avaliados. Dessa forma, pode-se afirmar que a capacitação dos profissionais de saúde para o manuseio, detecção, acompanhamento e monitoramento dos casos de hanseníase, desde o diagnóstico até a completude do tratamento, com o menor grau de incapacidade física possível, é fator determinante para o sucesso das ações desenvolvidas para o controle da doença.

Portanto, ressalta-se a importância de realizar novos estudos avaliativos destinados à investigar a qualidade das ações e serviços prestados por profissionais de saúde aos indivíduos com hanseníase, com ênfase nos indicadores considerados precários e regular, visando aumentar a proporção de cura dos



pacientes, intensificar a realização dos exames dos contatos e a avaliação do grau de incapacidade física no momento da alta por cura. Lembrando que, essa qualidade só poderá ser conquistada mediante a implementação de medidas corretivas com base na identificação dos problemas encontrados. Por fim, este estudo reforça a importância dos estudos avaliativos como método para auxiliar o planejamento das ações preventivas e de controle da doença.

O estudo teve como limitação o número significativos de campos ignorados pelos profissionais de saúde, durante o preenchimento dos prontuários, livro de registro e fichas de notificação dos pacientes com hanseníase, o que dificulta um diagnóstico preciso da real situação em que o município se encontra, bem como a dificuldade para encontrar os prontuários dos pacientes notificados, necessário para a coleta do universo dos dados.

Foi constatado irregularidades durante o preenchimento dos registros de contatos, reforçando a ideia de que a vigilância epidemiológica do município vem atuando de forma desarmônica com o estabelecido pelo MS, uma vez que a proporção de casos novos de hanseníase sem registro de contatos é uma variável capaz de mensurar a qualidade das ações e serviços prestados pelos profissionais de saúde, contribuindo para a manutenção dos níveis elevados da endemia.

Como recomendações para o aperfeiçoamento do PCH no município de São Luís, no Maranhão, sugere-se:

- Intensificar as ações de controle dos casos de hanseníase, como a busca ativa de casos novos, faltosos e pacientes em abandono de tratamento, bem como a realização dos exames de contato para um possível diagnóstico precoce;
- Preenchimento adequado da ficha de notificação, livro de registro e prontuários dos pacientes visando obter maior completitude e fidedignidade das informações;
- Melhorar o sistema de gestão e acessibilidade a serviços especializados;
- Realizar o armazenamento fidedigno dos dados no SINAN, evitando divergências entre o que foi registrado em prontuários e o que foi emitido pelo sistema;
- Investir em capacitações e treinamentos de todos os profissionais de saúde, com enfoque nos profissionais responsáveis pela realização da avaliação do

paciente com hanseníase, sensibilizando-os para a necessidade de investigar o grau de incapacidade física, principalmente no momento do diagnóstico e da alta por cura;

- Realizar atividades educativas, como palestras, mutirões, divulgação dos sinais e sintomas manifestados pela doença a nível comunitário e sensibilização da população.

Tais medidas contribuirão para o diagnóstico precoce, tratamento adequado e prevenção de incapacidades físicas ocasionados pela doença. Estas ações são essenciais para o controle da endemia.

## REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, A. R. S.; CORRÊA, R. G. C. F.; CALDAS, A. J. M. et al. Abandono de tratamento no programa de controle da hanseníase de um hospital universitário em São Luís – Maranhão. **Revista do Hospital Universitário/UFMA**, São Luís, v. 10, n. 1, p. 40-44, 2009.

AQUINO, D. M. C.; SANTOS, J. S.; COSTA, J. M. L. Avaliação do programa de controle da hanseníase em um município hiperendêmico do Estado do Maranhão, Brasil, 1991-1995. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 119-125, 2003

ARANTES, C. K.; GARCIA, M. L. R.; FILIPE, M. S. et al. Avaliação dos serviços de saúde em relação ao diagnóstico precoce da hanseníase. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília [DF], v. 19, n. 2, p. 155-164, abr./jun. 2010.

BARBIERI, C. L. A.; MARQUES, H. H. S. Hanseníase em crianças e adolescentes: revisão bibliográfica e situação atual no Brasil. **Pediatria**, São Paulo, v. 31, n. 4, p. 281-90, 2009.

BARBOSA, D. R. M.; ALMEIDA, M. G.; SANTOS, A. G. Características epidemiológicas e espaciais da hanseníase no Estado do Maranhão, Brasil, 2001 – 2012. **Medicina**, [Ribeirão Preto], v. 47, n. 4, p. 347-356, 2014. Disponível em: <<http://revista.fmrp.usp.br/>>. Acesso em: 10 fev. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia para o controle da hanseníase**, Brasília, [DF], n. 10, 2002. Caderno de Atenção Básica.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Diretrizes Operacionais: pacto pela vida, em defesa do SUS e de gestão**. Brasília, [DF]: MS, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase. **Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase em nível municipal 2006-2010**. Brasília, [DF], 2006a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose**. 2 ed. Brasília, [DF]: Ministério da Saúde, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria Conjunta nº 125 de 26 de março de 2009. Define ações de controle da hanseníase. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 6 mar. 2009. Seção 1, p. 20. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2009/poc0125\\_26\\_03\\_2009.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2009/poc0125_26_03_2009.html)>. Acesso em: 24 out. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica**. 7 ed. Brasília, [DF]: Ministério da Saúde, 2009a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.125 de 7 de outubro de 2010. Aprova as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da Hanseníase. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 15 out. 2010. Seção 1, p. 55.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. **Linha de cuidado da hanseníase**. Rio de Janeiro: [s.n], 2010a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância. **Relatório de gestão da Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle da Hanseníase – CGPNCH: janeiro de 2009 a dezembro de 2010**. Brasília, [DF]: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Sistema nacional de vigilância em saúde: relatório de situação Maranhão**. 2. ed. Brasília, [DF] : Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Ahanseníase no Brasil: dados e indicadores selecionados**. 2011a. Disponível em: <[http://www.morhan.org.br/views/upload/caderno\\_de\\_indicadores\\_hanse\\_brasil\\_01\\_a08\\_atual.pdf](http://www.morhan.org.br/views/upload/caderno_de_indicadores_hanse_brasil_01_a08_atual.pdf)>. Acesso em: 5 maio 2015.

\_\_\_\_\_. Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização**. Brasília, [DF]: Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**. Brasília, [DF], 2013. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/junho/11/BE-2013-44--11----Hanseníase.pdf>>. Acesso em: 28 nov. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Meta do Brasil é de eliminar a doença até 2015**. 2014. Disponível em:

<<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/5789/162/meta-do-brasil-e-eliminar-a-doenca-ate-2015.html>>. Acesso em: 20 out. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação. **Situação epidemiológica hanseníase Brasil: 2011**. Brasília, 2011. Disponível em: <[http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2012/Jan/26/hanseniasse\\_2011\\_final.pdf](http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2012/Jan/26/hanseniasse_2011_final.pdf)>. Acesso em: 28 nov. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública: manual técnico-operacional** [recurso eletrônico]. Brasília, [DF], 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **PNASS: Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde**. Brasília, 2015a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação. **Plano estratégico reforça enfrentamento da hanseníase no Maranhão**, 2015. Brasília, [DF], 2015. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/20369-plano-estrategico-reforca-enfrentamento-da-hanseniasse-no-maranhao>>. Acesso em: 15 dez. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Caderno de Monitoramento do PPA 2012 – 2015. **Retrato das Políticas Sociais na PNAB 2012**. Brasília, 2014. Disponível em: <[http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/arquivo/spi-1/ppa-1/publicacoes/140707\\_cad\\_monit\\_ppa-pnad-1.pdf](http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/arquivo/spi-1/ppa-1/publicacoes/140707_cad_monit_ppa-pnad-1.pdf)>. Acesso em: 4 jun. 2016.

CARVALHO, N. D. V. **Avaliação do Programa de Controle da Hanseníase de um município hiperendêmico do Piauí**. 2010. 84 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2012.

CARVALHO, N. D. V.; ARAÚJO, T. M. E. Ações realizadas por profissionais de Saúde da Família no controle da hanseníase em um município hiperendêmico. **J. Health BiolSci.**, local, v. 3, n. 3, p. 144-150, jul.-set. 2015.

COSTA, E. A. (Org.). **Vigilância Sanitária: temas para debate**. Salvador: EDUFBA, 2009. 237 p. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 4 jun. 2016.

DE SOUZA BRAGA, A. L.; CORTEZ, E. A.; CARNEIRO, F. R. et al. Atuação do enfermeiro no controle de endemias. **Enferm. glob.** [on line], n. 23, p. 320-329, jul. 2011. Disponível em: <[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412011000300021&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000300021&lng=es&nrm=iso)>. Acesso em: 2 maio 2016.

DUARTE-CUNHA, M.; SOUZA-SANTOS, R.; MATOS, H. J. et al. Aspectos epidemiológicos da hanseníase: uma abordagem espacial. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 28, n. 6, p. 1143-1155, jun. 2012.

FERREIRA, F. X. **Análise da Implantação do Programa de Eliminação da Hanseníase em Manaus.** 2005. 133 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2005.

GARCIA, D. R.; IGNOTTI, E.; CORTELA, D. C. B. et al. Análise espacial dos casos de hanseníase, com enfoque à área de risco, em uma unidade básica de saúde no município de Cáceres (MT). **Cad. saúde. colet.** Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 168-172, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA/IBGE. **Censo 2010.** 2014. Disponível em: <[www.ibge.gov.br/cidadesat/xtras/perfil.php?codmun=211130](http://www.ibge.gov.br/cidadesat/xtras/perfil.php?codmun=211130)>. Acesso em: 17 nov. 2014.

LANA, F. C. F.; CARVALHO, A. P. M.; DAVI, R. F. L. Perfil epidemiológico da hanseníase na microrregião de Araçuaí e sua relação com ações de controle. **Esc. Anna Nery.** Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 62-67, 2011.

LANZA, F. M. **Avaliação da atenção primária no controle da Hanseníase: validação de instrumentos e análise do desempenho de municípios endêmicos do Estado de Minas Gerais.** 2014. 310 f. Tese (Doutorado), Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

LIMA, H. M. N.; SAUAIA, N.; COSTA, V. R. L. et al. Perfil epidemiológico dos pacientes com hanseníase atendidos em Centro de Saúde em São Luís, MA. **Rev. Bras. Clin. Med.** São Paulo, v. 8, n. 4, p. 323-327, 2010.

MAGALHÃES, M. C. C.; ROJAS, L. I. Diferenciação territorial da hanseníase no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde,** v. 16, n. 2, p. 75-84, 2007.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Aplicação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.

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

MUNHOZ-JR, S.; FONTES, C. J. F.; MEIRELLES, S. M. P. (in memoriam). Avaliação do programa de controle da hanseníase em municípios mato-grossenses, Brasil. **Rev. Saúde Pública.** São Paulo, v. 31, n. 3, 1997.

NASCIMENTO, G. R. C.; BARRÊTO, A. J. R.; BRANDÃO, G. C. G. et al. Ações do enfermeiro no controle da hanseníase. **Rev. Eletr. Enf.** [on line], v. 13, n. 4, p. 743-750, out./dez. 2011. Disponível em:<<http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n4/v13n4a20.htm>>. Acesso em 14 fev. 2016.

OLIVEIRA, V. M.; ASSIS, C. R. D.; SILVA, K. C. C. Levantamento epidemiológico da hanseníase no nordeste brasileiro durante o período de 2001-2010. **ScireSalutis**, Aquidabã, v. 3, n. 1, p. 16-27, 2013.

OLIVEIRA, K. S.; SOUZA, J.; CAMPOS, R. B. et al. Avaliação dos indicadores epidemiológicos e operacionais para hanseníase em municípios prioritários no estado do Paraná, 2001-2010. **Epidemiol. Serv. Saúde.** Brasília, [DF], v. 24, n. 3, p. 507-516, jul./set. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Estratégia global aprimorada para redução adicional da carga da hanseníase: 2011-2015:** diretrizes operacionais (atualizadas). Brasília, [DF]: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010. 70 p., il.

PACHECO, M. A. B.; AIRES, M. L. L.; SEIXAS, E. S. Prevalência e controle de hanseníase: pesquisa em uma ocupação urbana de São Luís, Maranhão, Brasil. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 30, p. 23-30, jan./mar. 2014.

PEIXOTO, B. K. S.; FIGUEIREDO, I. A.; CALDAS, A. J. M. et al. Aspectos epidemiológicos dos contatos de hanseníase no município de São Luís-Ma. **Hansenol. int.**, São Luís, v. 36, n. 1, p. 23-30, jun. 2011. Disponível em: <[http://www.ils.br/revista/detalhe\\_artigo.php?id=11559](http://www.ils.br/revista/detalhe_artigo.php?id=11559)>. Acesso em: 10 ago. 2015.

PENNA, M.L.F.; OLIVEIRA, M.L.W.; PENNA, G.O. The epidemiológica behaviour of leprosy in Brasil. **Lepr Rev**, v. 80, p. 332-44, 2009.

PENNA, M. L. F.; GROSSI, M. A. F.; PENNA, G. O. Country Profile: Leprosy in Brazil. **Leprosy Review**, London, v. 84, n. 4, p. 308–315, dec. 2013.

PISCO, L. A. A. Avaliação como instrumento de mudança. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 564-576, jul./set. 2006.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO- PNUD. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio**: combater a AIDS, a malária e outras doenças. 2012.

RIBEIRO JUNIOR, A. F.; VIEIRA, M. A.; CALDEIRA, A. P. Perfil epidemiológico da hanseníase em uma cidade endêmica no Norte de Minas Gerais. **Rev. Bras. Clin. Med.** São Paulo, v. 10, n. 4, p. 272-277, jul./ago. 2012.

ROMÃO, E. R.; MAZZONI, A. M. Perfil epidemiológico da hanseníase no município de Guarulhos, SP. **Rev. Epidemiol. Control. Infec.** Rio Grande do Sul, v. 3, n. 1, p. 22-27, 2013.

SAMICO, I.; FELISBERTO, E.; FIGUEIRÓ, A. C. et al. Avaliação em Saúde: Bases conceituais e operacionais. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 27, v. 1, p. 195-198, 2011.

SECRETARIA DE ESTADO DO MARANHÃO – SES/MA. **Hanseníase**: Indicadores Seleccionados Segundo Município – Maranhão. São Luís: SES-MA, 2015.

TAVARES, W.; MARINHO, L. A. C. **Rotinas de diagnóstico e tratamento de doenças infecciosas e parasitárias**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2010

VIEIRA, G. D.; ARAGOSO, I.; CARVALHO, R. M. B. et al. Hanseníase em Rondônia: incidência e característica dos casos notificados 2001 a 2012. **Epidemiol. Serv. Saúde**. Brasília, v. 23, n. 2, p. 269-275, jun. 2014.

VIEIRA, C. S. C. A.; SOARES, M. T.; RIBEIRO, C. T. S. X. et al. Avaliação e controle de contatos faltosos de doentes com hanseníase. **Rev. bras. Enferm.** Brasília, v. 61, p. 682-688, 2008. Número especial.



## APÊNDICES

## APÊNDICE A – Formulário de avaliação dos casos

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE CONTROLE DA HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS – MA.

### FORMULÁRIO - CASOS DE HANSENÍASE

Data do preenchimento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Ficha nº \_\_\_\_\_ Notificação nº \_\_\_\_\_

Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_

Distrito sanitário \_\_\_\_\_

<b>1. Ano de Notificação</b>	1. Ano ( )
<b>2. Idade (anos):</b> _____	2. Idade ( )
<b>3. Sexo ( )</b> 1. Masculino 2. Feminino 3. Não registrado 9. Ignorado	3. Sexo ( )
<b>4. Raça/Cor: ( )</b> 1. Branca 2. Preta 3. Amarela 4. Parda 5. Indígena 6. Não registrada 9. Ignorada	4. Rça/Cor ( )
<b>5. Escolaridade ( )</b> (1) Analfabeto (2) 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) (3) 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) (4) 5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) (5) Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) (6) Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau ) (7) Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau ) (8) Educação superior incompleta (9) Não registrado (10) Educação superior completa (11) Não se aplica	5. Escol ( )
<b>6. Residência ( )</b> 1. Capital do Estado. 2. Outros municípios da Ilha de São Luís 3. Outros municípios do Estado 4. Outros Estados 5. Não registrado 9. Ignorado	6. Resid ( )
<b>7. Se residente Município de São Luís, Distrito Sanitário ( )</b> 1. Bequimão 2. Centro 3. Cohab 4. Coroadinho 5. Itaqui Bacanga 6. Tirirical 7. Esperança	7. Distrito ( )
<b>8. Forma Clínica ( )</b> 1. Indeterminada 2. Tuberculóide 3. Dimorfa 4. Virchowiana 5. Não Classificado	8. F.C ( )

6. Não registrado	
<b>9. Classificação Operacional ( )</b> 1. Paubacilar - PB 2. Multibacilar - MB	9. C.O ( )
<b>10. Grau de incapacidade no diagnóstico ( )</b> 1. Grau Zero 2. Grau 1 3. Grau 2 4. Não avaliado 5. Não registrado	10. GI Início ( )
<b>11. Modo de entrada ( )</b> 1. Caso Novo 2. Transferência do mesmo município(outra unidade) 3. Transferência de Outro Município(mesma UF) 4. Transferência de Outro Estado 5. Transferência de Outro País 6. Recidiva 7. Outros Reingressos 9. Não registrado	11. Entrada ( )
<b>12. Modo de Detecção do Caso Novo ( )</b> 1.Encaminhamento 2.Demanda Espontânea 3.Exame de Coletividade 4.Exame de Contatos 5.Outros Modos 9. Não registrado	12. Detecção ( )
<b>13. Ocorrência de Reações durante o tratamento ( )</b> 1. Sim 2. Não	13. Reações ( )
<b>14. Tipo de Reação ( )</b> 1. Reação Tipo I 2. Reação Tipo II 3. Neurite isolada 4. Não registrado	14. Tipo reação ( )
<b>15. Mês de tratamento em que ocorreu a 1ª reação _____</b>	15. Mês reação ( )
<b>16. Medicação Tratamento para a reação ( )</b> 1. Prednisona 2. Talidomida 3. Prednisona/Talidomida 4. Outras 5. Não registrado	16. Med ttº ( )
<b>17. Grau de incapacidade no final do tratamento ( )</b> 1. Grau Zero 2. Grau 1 3. Grau 2 4. Não avaliado 9. Não registrado	17. Grau final ( )
<b>19. Tipo de saída ( )</b> 1.Cura 2.Abandono 3.Transferência 4.Óbito 5. Não registrado 9.Ignorado	19. Saída ( )
<b>20. Número de contatos registrados: _____</b>	20. Cont. reg. ( )
<b>21. Número de contatos examinados: _____</b>	21. Cont. exm. ( )
<b>22. Número de Contatos encaminhados para BCG: _____</b>	22. Cont BCG ( )

## APÊNDICE B – Formulário de avaliação dos contatos

### FORMULÁRIO - CONTATOS DE CASOS DE HANSENÍASE

Data do preenchimento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Ficha nº \_\_\_\_\_ Notificação caso índice \_\_\_\_\_

Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_

Distrito sanitário \_\_\_\_\_

<b>1. Ano de Notificação do caso índice</b>	1. Ano ( )
<b>2. Idade (anos):</b> _____	2. Idade ( )
<b>3. Sexo ( )</b> 1. Masculino 2. Feminino 3. Não registrado 9. Ignorado	3. Sexo ( )
<b>4. Grau de Parentesco do contato com o caso índice ( )</b> 1. Consangüíneo 1º Grau - pai, mãe, filhos, irmãos. 2. Consangüíneo 2º Grau – os demais parentes consangüíneos (tios, primos de 1º Grau, sobrinhos). 3. Parentes não consangüíneos – cônjuge, sogro, nora, cunhada. 4. Parentesco inexistente: não familiares que residiam no mesmo domicílio do caso de hanseníase. 5. Não registrado	4. Parentesco ( )
<b>5. Forma Clínica do caso de índice ( )</b> 1. Indeterminada 2. Tuberculóide 3. Dimorfa 4. Virchowiana 5. Não Classificado 6. Não registrado	5. F.C índice ( )
<b>6. Classificação Operacional do caso índice ( )</b> 1. Paubacilar - PB 2. Multibacilar – MB	6. C.O índice ( )
<b>7. Resultado do exame dermatoneurológico:</b> 1. Suspeito 2. Doente 3. Normal 4. Não realizado	7. Result Exam ( )
<b>8. Se suspeito e encaminhado para avaliação médica, o resultado foi:</b> 1. Normal 2. Com diagnóstico de hanseníase	8. Aval Susp ( )
<b>9. Cicatriz vacinal por BCG</b> 1. Nenhuma 2. Uma 3. Duas 4. Não registrado	9. Cicatriz BCG ( )
<b>10. Encaminhamento para BCG:</b> 1. Sim 2. Não 3. Não registrado	10. Enc. BCG ( )

**ANEXOS**

## ANEXO A – Aprovação da Secretaria Estadual de Saúde - SES

  
**GOVERNO DO ESTADO DO MARANHÃO**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**COORDENAÇÃO DE ESTÁGIO E PESQUISA**  
 Casa do Trabalhador – Bairro: Calfou/São Luís – MA  
 Contato: (98) 3236-9394 - estagio@ses.ma.gov.br

Ofício nº 300/2014/CEP-SES

Ao Comitê de Ética

São Luís, 25 de novembro de 2014

Prezado Presidente,

O(A) pesquisador(a) responsável **ISAURA LETICIA TAVARES PALMEIRA ROLIM** do curso de(a) **PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE** do(a) Universidade Federal do Maranhão através da equipe executora formada por: **ARLENE DE JESUS MENDES CALDAS; DORLENE MARIA CARDOSO DE AQUINO; RITA DA GRAÇA CARVALHAL FRAZÃO CORREA; REBECA ARANHA A. SILVA SANTOS; ALICE BIANCA SANTANA LIMA**, deu entrada nessa Coordenação solicitando autorização para realizar o estudo intitulado **"AVALIAÇÃO DOS PROGRAMAS DE CONTROLE DA HANSENIASE NO MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS-MA"** no(a) Centro de Saúde Dr. Genésio Rêgo (a) através do Processo SES nº 193273/2014, tendo como financiamento: Recursos Próprios do Pesquisador.


Desta forma, a **AUTORIZAÇÃO PARA O INÍCIO DA PESQUISA** nessa unidade de saúde ficará na dependência da **COMPROVAÇÃO DO PARECER CONSUBSTANCIADO COM APROVAÇÃO** emitido por esse CEP contendo respectivamente o número do CAAE, o número do parecer e data da aprovação.

## TERMO DE COMPROMISSO

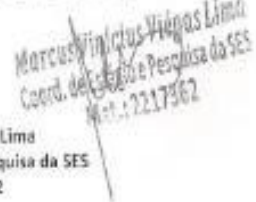
Declaro para os devidos fins que a coleta de dados da pesquisa intitulada acima, somente será realizada no(a) Centro de Saúde Dr. Genésio Rêgo após a **APROVAÇÃO** do Comitê de Ética em Pesquisa no qual será julgado e liberado da Coordenação de Estágio e Pesquisa da Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão.

Código na base de dados do gerenciamento das pesquisas da Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão: 302

São Luís, 25 de novembro de 2014

  
 0524 466 293-05 Nome completo e CPF

Atenciosamente,

  
 Marcus Vinícius Viégas Lima  
 Coordenador de Estágio e Pesquisa da SES  
 Matrícula: 2217362

## ANEXO B – Aprovação da Secretaria Municipal de Saúde - SEMUS

**SÃO LUÍS**  
Profissionais e cidadãos trabalhando em uma rede de saúde  
SECRETARIA DE SAÚDE / SEMUS

SUPERINTENDÊNCIA DE REDE DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE

**DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins, que **ISAURA LETÍCIA TAVARES PALMEIRA ROLIM**, professora da Universidade Federal do Maranhão, está autorizada a coletar dados, para a realização do Projeto: **AVALIAÇÃO DOS PROGRAMAS DE CONTROLE DA HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS/MA**, nas Unidades de nossa Rede de Saúde, após a aprovação do referido Projeto por um Comitê de Ética em Pesquisa.

São Luís, 03 de dezembro de 2014.

Atenciosamente,

**Sabrina Furtado Cunha Araújo**  
Superintendente de Assistência à Rede de Saúde/SEMUS.

Av. Dep. Raimundo Vieira da Silva, 2000, Centro – Parque Bom Menino – CEP 65025-180, São Luís/MA.  
Fones: (98) 3214-7300 / 7337 / 7339 / 7342 / 7345 - E-mail: sra@semus@yahoo.com.br

## ANEXO C - Parecer Substanciado COMIC – HU/UFMA

		<b>UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO</b> <b>HOSPITAL UNIVERSITÁRIO</b> <b>GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA</b> <b>COMISSÃO CIENTÍFICA – COMIC – HUUFMA</b>	
<b>PARECER CONSUBSTANCIADO</b>			
<b>FINANCIAMENTO</b>	<b>NATUREZA DO PROJETO</b>	<b>Nº do Protocolo:</b> 2014/2014-00 <b>Data de Entrada no COMIC:</b> 23/06/2014 <b>Nº do Parecer:</b> 77/2014 <b>Parecer:</b> APROVADO	
<input type="checkbox"/> Outros Proprietários <input type="checkbox"/> Fomento <input type="checkbox"/> Ind. Farmacêutica	<input type="checkbox"/> Graduação   <input type="checkbox"/> Pós-graduação <input type="checkbox"/> Mestrado   <input type="checkbox"/> Doutorado   <input type="checkbox"/> Serviço/HUUFMA <input type="checkbox"/> Dep. Acadêmica   <input type="checkbox"/> Outros		

**I - Identificação:**

<b>Título:</b> Avaliação dos programas de controle da hanseníase no Município de São Luís-MA
<b>Identificação do Pesquisador Responsável:</b> Isaura Leticia Tavares Palmeira Rolim
<b>Identificação da Equipe Executora:</b> Arlene de Jesus Mendes Caldas, Dorelma Maria Cardoso de Aquino, Rita da Graça Carvalho Frazão Correia
<b>Unidade do HUUFMA onde será realizado:</b> HM
<b>Sector de realização:</b> Serviço de Dermatologia
<b>Cooperação estrangeira:</b> <input type="checkbox"/> Multicêntrico: <input type="checkbox"/>

**II - Objetivos****Genr:**

- Avaliar os programas de controle da hanseníase no Município de São Luís-MA.

**Específicos:**

- Avaliar a efetividade das atividades de detecção precoce de casos;
- Medir a qualidade do atendimento nos serviços de saúde;
- Avaliar a qualidade da atenção e do acompanhamento dos casos novos diagnosticados até a completude do tratamento;
- Avaliar a capacidade dos serviços em manter a vigilância de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase.

**III - Cronograma (início e final da coleta de dados):** outubro de 2014 a junho de 2015**IV - Resumo do projeto:** [enunciando o tipo da pesquisa, objetivo, metodologia, cronograma, análise dos dados, financiamento e relevância].

Trata-se de um estudo descritivo avaliativo, a ser realizado nos Programas de Controle da Hanseníase (PCH) do Município de São Luís-MA. Com objetivo de avaliar os programas de controle da hanseníase no Município de São Luís-MA. Os dados serão coletados por meio de um formulário, no período de setembro 2014 a maio de 2015, a partir das fichas de notificação, livro de registro e prontuários de pacientes com diagnóstico de hanseníase. Consta que será analisado dois indicadores: indicadores de força de morbidade, magnitude e perfil epidemiológico e indicadores da qualidade das ações e serviços (Operacionais).

Os dados serão processados e analisados no programa Epi-Info, versão 7, considerando-se os números absolutos e percentuais. A responsabilidade financeira para a execução do projeto de pesquisa é de responsabilidade dos pesquisadores.

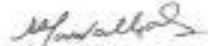
**V - PARECER CONSUBSTANCIADO: APROVADO**

O parecer **Aprovado** representa a autorização para a coleta de dados no âmbito do HUUFMA, fundamentado na Resolução 001/CAHU/UFMA e 03 de agosto de 2007 de constituição da Comissão Científica-HUUFMA.

**VI - OBSERVAÇÃO:**

- O início da coleta de dados está condicionado à aprovação pelo Comitê de Ética em pesquisa CEP/HUUFMA;
- A avaliação de projetos posteriores estará condicionada à entrega do relatório final (resumo e resultado, cópia em CD) da pesquisa anterior sob a responsabilidade do investigador principal.

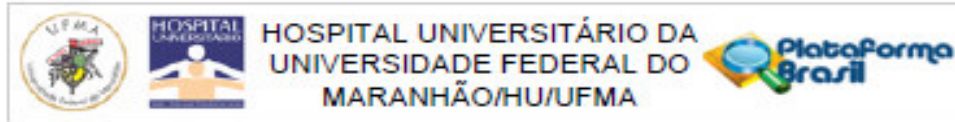
São Luís, 06 de novembro de 2014.

  
 Profa. Dra. Rita da Graça Carvalho Frazão Correia  
 Coordenadora da COMIC - HUUFMA

Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão  
 Rua Barão de Igaray, 227 Centro C.E.F. 65. 020-070 São Luís - Maranhão  
 Tel: (98) 2109-1242 E-mail: posgra@hufma.br



## ANEXO D – Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa – CEP



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Avaliação dos programas de controle da hanseníase no Município de São Luís-MA.

**Pesquisador:** Isaura Letícia Tavares Palmeira Rolim

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 44720914.3.0000.5086

**Instituição Proponente:** Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/HU/UFMA

**Patrocinador Principal:** FUND DE AMPARO A PESQUISA AO DESEN CIENTIFICO E TECNOLOGICO DO MARANHÃO - FAPEMA

**DADOS DO PARECER**

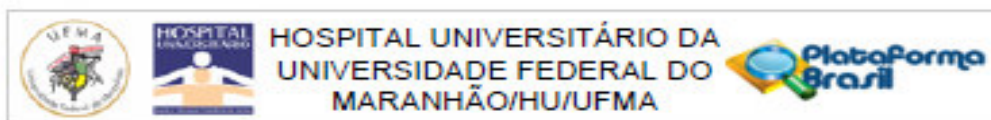
**Número do Parecer:** 1.152.824

**Data da Relatoria:** 17/07/2015

**Apresentação do Projeto:**

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa, de evolução insidiosa, de grande potencial incapacitante e que se constitui num dos mais sérios problemas de saúde pública no País. O Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH) estabelece uma política de eliminação e de atenção integral à hanseníase no Brasil. O seu monitoramento e avaliação são realizados a partir de indicadores previamente estabelecidos e com base nos objetivos e parâmetros do Ministério da Saúde. A partir dos resultados obtidos pode-se classificar a situação do serviço de saúde avaliado. Trata-se de um estudo descritivo avaliativo, a ser realizado nos Programas de Controle da Hanseníase do Município de São Luís-MA e com o objetivo de avaliar os programas de controle da hanseníase no Município de São Luís-MA. Serão incluídos no estudo todos os casos de hanseníase notificados no ano de 2012, em São Luís-MA, pelas Unidades de Saúde com Programa de Controle da Hanseníase Implantado e, seus respectivos contatos. A população será composta de 899 casos e aproximadamente 4900 contatos. O estudo será realizado de maio de 2015 a janeiro de 2017. Os dados serão coletados por meio de um formulário, no período de novembro de 2015 a abril de 2016 a partir das fichas de notificação, livro de registro e prontuários de pacientes com diagnóstico de hanseníase. Os dados serão processados e analisados no programa Epi-Info, versão 7, considerando-se os números absolutos e percentuais. Para a avaliação do programa serão

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227  
 Bairro: CENTRO CEP: 65.020-070  
 UF: MA Município: SAO LUIS  
 Telefone: (98)2109-1250 Fax: (98)2109-1223 E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Protocolo: 1.152.024

utilizados os indicadores de força de morbidade, magnitude e perfil epidemiológico e, os indicadores da qualidade das ações e serviços (operacionais) de acordo com os parâmetros do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010). A pesquisa seguirá os princípios éticos estabelecidos na Resolução CNS/MS nº 466/12. Será solicitada autorização para a Secretaria de Saúde do Estado do Maranhão, Secretaria Municipal de Saúde de São Luís e Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:** Avaliar os programas de controle da hanseníase no Município de São Luís-MA. **Objetivo Secundário:** - Avaliar a efetividade das atividades da detecção precoce de casos. - Medir a qualidade do atendimento nos serviços de saúde. - Avaliar a qualidade da atenção e do acompanhamento dos casos novos diagnosticados até a completude do tratamento. - Avaliar a capacidade dos serviços em realizar a vigilância de contatos intra domiciliares de casos novos de hanseníase.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:** Os riscos referem-se à quebra de confidencialidade e do anonimato, mas os pesquisadores se comprometem a minimizá-los fazendo a identificação dos participantes somente pelo número de notificação e mantendo os formulários de coleta de dados em local seguro. Somente a equipe de pesquisadores terão acesso aos mesmos. **Benefícios:** A pesquisa não trará benefício direto aos participantes, mas a avaliação dos programas poderá identificar fragilidades no serviço que uma vez corrigidos, podem melhorar o atendimento dos casos novos e seus contatos intra domiciliares. Incluindo-se aqui, a avaliação quanto a presença de incapacidades físicas no início e final do tratamento, conclusão do tratamento em tempo correto e avaliação física dos contatos de casos novos.

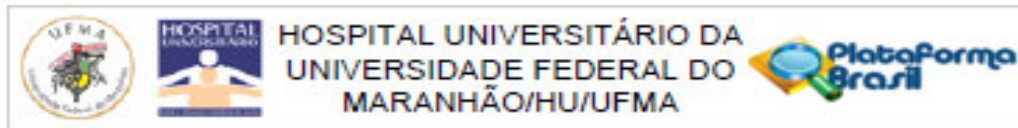
**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Estudo relevante uma vez que a avaliação dos serviços de saúde torna-se importante, pois descreve a relação entre a necessidade de saúde da população e o serviço prestado, sua eficiência e efetividade, produzindo assim dados confiáveis aos problemas de saúde da população e melhorar seu desempenho.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O protocolo cumpre com as exigências em relação aos "Termos de Apresentação Obrigatória": Folha de rosto, Declaração de compromisso em anexar os resultados na Plataforma Brasil garantindo o sigilo, Orçamento financeiro detalhado, Cronograma com etapas detalhadas, Termo

Endereço: Rua Barão de Itapery nº 227		CEP: 65.020-070
Bairro: CENTRO	Município: SÃO LUÍS	
UF: MA	Fax: (98)2109-1223	E-mail: cep@huufma.br
Telefone: (98)2109-1250		



Continuação do Parecer: 1.152.824

de Dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), Autorização do Gestor para a realização da coleta de dados e Projeto de Pesquisa Original na Inteira. Atende, portanto as exigências da Norma Operacional nº 001/2013 (Item 3/ 3.3).

**Recomendações:**

Após o término da pesquisa o CEP-HUUFMA solicita que se possível os resultados do estudo sejam devolvidos aos participantes da pesquisa ou a Instituição que autorizou a coleta de dados de forma anonimizada.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O PROTOCOLO atende aos requisitos fundamentais da Resolução CNS/MS nº 466/12 e suas complementares, sendo considerado APROVADO.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O PROTOCOLO atende aos requisitos fundamentais da Resolução CNS/MS nº 466/12 e suas complementares, sendo considerado APROVADO.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Relatórios parcial e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente no final da coleta de dados e ao término do estudo.

SAO LUIS, 17 de Julho de 2015

---

Assinado por:  
**FABIO FRANÇA SILVA**  
 (Coordenador)

Endereço: Rua Barão de Itapery nº 227  
 Bairro: CENTRO CEP: 65.020-070  
 UF: MA Município: SAO LUIS  
 Telefone: (98)2109-1250 Fax: (98)2109-1223 E-mail: cep@huufma.br

## ANEXO E – Termo de Compromisso e Utilização de Dados - TCUD



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

**TERMO DE COMPROMISSO NA UTILIZAÇÃO DOS DADOS, DIVULGAÇÃO  
E PUBLICAÇÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA**

Os pesquisadores do projeto "Avaliação dos programas de controle da hanseníase no município de São Luís- MA" se comprometem a utilizar os dados coletados na pesquisa somente para fins científicos, garantindo em divulgar e publicar os resultados encontrados seja eles favoráveis ou não, resguardando os interesses dos sujeitos envolvidos, quanto ao sigilo e a confidencialidade.

São Luís, 18/06/2014,

*Isaura Letícia Tavares Palmeira Rolim*

Profa. Dra. Isaura Letícia Tavares Palmeira Rolim

*Arlene de Jesus Mendes Caldas*

Profa. Dra. Arlene de Jesus Mendes Caldas

*Dorlene Maria Cardoso de Aquino*

Profa. Dra. Dorlene Maria Cardoso de Aquino

*Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa*

Profa. Dra. Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa