MARCOS TÚLIO RAPOSO

**Avaliação da implantação do Programa de Controle da
Hanseníase na rede básica de Aracaju, Sergipe**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina
da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Doutor em Ciências

Programa de: Medicina Preventiva
Orientadora: Profa. Dra. Maria Ines
Battistella Nemes

(Versão corrigida. Resolução CoPGr 5890, de 20 de dezembro de 2010.
A versão original está disponível na Biblioteca FMUSP)

**São Paulo
2011**

MARCOS TÚLIO RAPOSO

**Avaliação da implantação do Programa de Controle da
Hanseníase na rede básica de Aracaju, Sergipe**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina
da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Doutor em Ciências

Programa de: Medicina Preventiva
Orientadora: Profa. Dra. Maria Ines
Battistella Nemes

(Versão corrigida. Resolução CoPGr 5890, de 20 de dezembro de 2010.
A versão original está disponível na Biblioteca FMUSP)

**São Paulo
2011**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Raposo, Marcos Túlio

Avaliação da implantação do programa do controle da hanseníase na rede básica de Aracajú, Sergipe/ Marcos Túlio Raposo São Paulo, 2011.

Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Programa de: Medicina Preventiva

Orientadora: Maria Ines Battistella Nemes. .

Descritores: 1.Hanseníase 2.Avaliação de programas e projetos 3.Atenção primária à saúde 4.Epidemiologia 5.Saúde da família

USP/FM/DBD-183/11

Para:
Pedro Henrique, meu filho
João Marcos e Maria de Lourdes, meus pais

(...)
lá vai o trem com o menino
lá vai a vida a rodar
lá vai ciranda e destino
cidade e noite a girar
lá vai o trem sem destino
pro dia novo encontrar
correndo vai pela terra
 vai pela serra
 vai pelo mar
cantando pela serra do luar
correndo entre as estrelas a voar
 no ar
piuí piuí piuí
 no ar

Ferreira Gullar

Agradecimentos

Agradeço a meus pais, João Marcos e Maria de Lourdes, pelo incentivo e apoio constantes.

Às professoras Maria Leide W. Oliveira, Elen Castanheira e Maria Novaes pelas sugestões que fizeram na qualificação da tese.

A Lílian Prado por sua dedicação e pelos encaminhamentos que facilitaram minha vida como pós-graduando do Departamento de Medicina Preventiva.

A todos que fazem a equipe *Qualiaids* pelo convívio e aprendizado. A Felipe Vale e Joselita Caraciolo, grato pelas sugestões ao longo da pesquisa e no momento final. À amiga Cáritas Basso, agradeço por sua docilidade, generosidade, colaboração e apoio constantes. A Maria Altenfelder, por sua solidariedade, competência e delicadeza. Sem ela, o estudo qualitativo não ganharia a proporção que tomou nesta tese.

A meus amigos Arleide de Jesus, Eliane Nascimento e Marco Aurélio Góes, os sergipanos que não mediram esforços para contribuir com esta pesquisa sempre que busquei auxílio.

A Ana Virgínia Caminha, pelo companheirismo, incentivo e amizade, sempre.

Aos meus amigos e familiares, pelo estímulo e apoio.

Ao Prof. Dr. Miguel A. Sánchez-González, por sua tutoria no Departamento de Medicina Preventiva e Saúde Pública da *Universidad Complutense de Madrid*.

À Profa. Dra. Maria Ines Battistellla Nemes, minha orientadora, pelas oportunidades que proporcionou para meu crescimento no campo da ciência e, acima de tudo, pessoal. Guardo o dia 13 de maio de 2007, quando conheci os Battistellas, como marco de sua sensibilidade. Por todos os momentos compartilhados, pelo aprendizado, pelas conversas e pelos sorrisos, muito obrigado!

Normalização adotada

Esta tese está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

SUMÁRIO

Lista de siglas

Lista de imagens

Lista de tabelas

Resumo

Summary

1 INTRODUÇÃO	1
1.1 Sobre avaliação	7
1.2 Ações de controle da hanseníase na Atenção Básica	13
2 OBJETIVOS	24
2.1 Objetivo geral	24
2.2 Objetivos específicos	24
3 MÉTODOS	25
3.1 Desenho geral do estudo	25
3.1.1 Análise do contexto	26
3.1.1.1 Contexto institucional da implantação do PCH no município	27
3.1.1.2 Contexto atual das ações programáticas	27
3.1.2 Desempenho das UBSF e UR na implantação do PCH	29
3.1.3 Avaliação da dimensão do efeito	32
3.1.3.1 Indicadores do município para hanseníase	32
3.1.3.2 Características clínicas e epidemiológicas dos casos	34
3.2 Considerações éticas	35
4. RESULTADOS	36
4.1 Análise do contexto	36
4.1.1 Contexto institucional da implantação do PCH no município	36
4.1.2 Contexto atual das ações programáticas	40
4.2 Desempenho das UBSF e UR na implantação do PCH	57

4.3 Avaliação da dimensão do efeito.....	67
4.3.1 Indicadores do município para hanseníase	67
4.3.2 Características clínicas e epidemiológicas dos casos	75
5 DISCUSSÃO	80
5.1 Análise do contexto	80
5.2 Desempenho das UBSF e UR na implantação do PCH.....	85
5.3 Avaliação da dimensão do efeito.....	89
5.3.1 Indicadores do município para hanseníase	89
5.3.2 Características clínico-epidemiológicas dos casos....	94
6 CONCLUSÕES	99
7 ANEXOS	101
8 REFERÊNCIAS	109

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACH	Ações de controle da hanseníase
APS	Atenção Primária à Saúde
BCG	Bacilo de Calmette-Guérin
CEMAR	Centro de Especialidades Médicas
CEP	Centro de Educação Permanente
EqSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
GI	Grau de incapacidade
HI	Hanseníase indeterminada
HD	Hanseníase dimorfa
HT	Hanseníase tuberculóide
HUFS	Hospital da Universidade Federal de Sergipe
HV	Hanseníase virchowiana
MB	Multibacilar
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa Agente Comunitário de Saúde
PB	Paucibacilar
PCH	Programa de Controle da Hanseníase
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PQT	Poliquimioterapia
PSF	Programa Saúde da Família
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TAS	Terminal de Atendimento do SUS
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família
UR	Unidade de Referência

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Diagrama do desenho geral do estudo	25
Figura 2	Momentos da investigação do contexto.....	26
Figura 3	Diagrama do fluxo de atendimento na rotina do PCH nas UBSF	50
Figura 4	Distribuição da população de Aracaju por bairros	61
Figura 5	Distribuição de casos diagnosticados em UBSF, segundo a regional de saúde.....	62
Quadro 1	Indicadores analisados no estudo dos efeitos na detecção e no tratamento.	34

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Número de casos diagnosticados por ano, segundo Unidade de notificação, no período “pós-implantação”58
Tabela 2	Distribuição dos casos de hanseníase nos períodos “pré-implantação” e “pós-implantação” segundo local de notificação.....60
Tabela 3	Proporção de casos MB e PB, segundo unidade Unidade notificadora63
Tabela 4	Proporção de casos novos diagnosticados por meio de exame de contatos nas UBSF e UR63
Tabela 5	Proporção de casos novos com o GI avaliado no diagnóstico, segundo unidade notificadora64
Tabela 6	Distribuição de casos por local de início e final de PQT “alta”, no período “pós-implantação”65
Tabela 7	Proporção de casos que saíram do registro com PQT concluída, segundo unidade onde o tratamento foi concluído66
Tabela 8	Proporção de casos com o GI avaliado na alta da PQT, segundo unidade onde o tratamento foi concluído66
Tabela 9	Taxas de detecção geral e detecção em menores de 15 anos68
Tabela 10	Proporção de casos com GI 2 entre os casos novos detectados e avaliados no ano69
Tabela 11	Coeficiente de GI 2 nos casos novos por 1 milhão de habitantes no momento de diagnóstico71

Tabela 12	Proporção de casos novos detectados em menores de 15 anos	72
Tabela 13	Proporção de avaliação do GI entre casos novos e entre casos curados, no ano.....	73
Tabela 14	Proporção de examinados entre contatos intradomiciliares registrados dos casos novos de hanseníase, no ano.....	74
Tabela 15	Proporção de saída do registro como “abandono”, no ano.....	75
Tabela 16	Características clínicas e epidemiológicas dos casos, segundo período de implantação do PCH nos serviços de saúde	76

RESUMO

Raposo, MT. *Avaliação da implantação do Programa de Controle da Hanseníase na rede básica de Aracaju, Sergipe* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2011. 121p.

Introdução: A implantação do Programa de Controle da Hanseníase (PCH) na Atenção Primária à Saúde, no Brasil nomeada Atenção Básica (AB), é uma das principais estratégias para o controle da doença em países endêmicos. Este estudo avaliou a implantação do PCH na rede de serviços da AB em Aracaju-Sergipe. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa avaliativa da vertente da avaliação de programas de saúde. A análise do contexto foi realizada por meio de entrevistas semi-estruturadas com gerentes de serviços e outros informantes-chave. Na avaliação do desempenho foram comparadas as características dos casos notificados no período “pós-implantação” (2001-2007) nos serviços de AB e na Unidade de Referência (UR) – serviço especializado “tradicional”. Para avaliação dos efeitos da implantação no Município foram calculados indicadores epidemiológicos e operacionais anuais. As características clínicas e epidemiológicas dos casos foram comparadas entre os períodos “pré-implantação” (1996-2000) e “pós-implantação” (2001-2007) utilizando-se qui-quadrado com nível de significância 5%. Todos os cálculos foram baseados nos dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). **Resultados:** A municipalização do sistema de saúde e a simultânea implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) na AB foram fatores determinantes para a implantação do PCH na rede de serviços da AB. Foram diagnosticados 780 casos no período “pré-implantação”. O diagnóstico de 1.469 se deu no “pós-implantação”, dos quais, 699 (47,58%) e 693 (47,17%), respectivamente, na AB e UR. A partir de 2001 houve aumento progressivo do número de casos notificados na AB que, de 2004 a 2007, manteve-se como principal local de notificação. O aumento do número de casos ocorreu simultaneamente à ampliação do número de equipes da ESF. Foram verificados na AB e na UR predomínio de diagnóstico por demanda espontânea, baixas taxas de avaliação de incapacidades e de vigilância de contatos. No período “pós-implantação” observou-se aumento de: taxas de detecção geral e em menores de 15 anos; proporções de casos com grau de incapacidade avaliado ao diagnóstico, de 60,9% para 78,8% ($p < 0,001$); alta por cura, de 41,41% para 44,42% ($p < 0,023$); casos detectados por exame de contatos, de 2,05% para 4,08% ($p < 0,001$); e diminuição do abandono de tratamento, de 5,64% para 3,35% ($p < 0,008$). Os gerentes locais, responsáveis pelos serviços da AB, afirmam ter pouca atuação no PCH, o que atribuem à ausência de capacitação em ações de hanseníase. **Conclusão:** As oscilações verificadas nas taxas de detecção acompanham a tendência nacional, sugerindo que a implantação do PCH nos serviços de AB incrementou o acesso ao diagnóstico e ao tratamento. A redução do número de casos de abandono do tratamento indica alguma melhora na retenção dos pacientes. Insuficiências pré-existentes em ações de controle e

vigilância persistiram no período “pós-implantação”. As ações de hanseníase desenvolvidas na AB são conduzidas essencialmente por enfermeiros e médicos da ESF que atuam de modo isolado e independente das gerências locais, cujo trabalho é centrado em atividades-meio. Muitas dificuldades e barreiras à adequada implantação do PCH são comuns a outras ações programáticas dentro da rede de AB.

DESCRITORES: Hanseníase; Avaliação de programas e projetos; Atenção primária à saúde; Epidemiologia; Saúde da família.

SUMMARY

Raposo, MT. *Assessment of integration of the Leprosy Control Programme into the primary health care network in Aracaju, Sergipe* [thesis]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2011. 121p.

Introduction: Integrating a Leprosy Control Programme (PCH) into Primary Health Care (AB) is one of the main strategies for controlling the disease in endemic countries. The aim of this study was to assess the integration of a PCH into the network of AB services in Aracaju, Sergipe, Brazil. **Methods:** This study entailed a survey assessing the outcome of health programmes. Analysis was carried out by semi-structured interviews with managers of services and other key informants. Performance assessment entailed comparative analysis of characteristics of cases notified during the “post-integration” period (2001-2007) within the AB services versus those at the Reference Unit (UR) providing a traditional specialized epidemiological service. The effects of integration in the Municipality were assessed based on annual epidemiological and operational indicators. Clinical and epidemiological characteristics of cases for the “pre-integration” (1996-2000) and “post-integration” (2001-2007) periods were compared using the Chi-squared test adopting a 5% level of significance. All calculations were based on data from the Brazilian Disease Notification System (SINAN). **Results:** The municipalization of the health system along with simultaneous implementation of the Family Health Strategy (ESF) in AB, were determining factors for integration of the PCH into the network of AB services. A total of 780 cases were diagnosed during the “pre-integration” period versus 1,469 during the “post-integration” period. Of these latter cases, 699 (47.58%) were registered in AB and 693 (47.17%) at the UR. From 2001, there was a steady rise in the number of cases notified in AB, which between 2004 and 2007 remained the leading source of notifications. The rise in the number of cases occurred in parallel with an increase in the number of ESF teams. In both AB and at the UR, a predominance of diagnoses by spontaneous demand and low rates of assessment of disabilities and surveillance of contacts, were noted. Results for the “post-integration” period revealed a higher rate of detection overall and among individuals younger than 15 years of age, a higher proportion of cases with disability grade assessed at diagnosis (from 60.9% to 78.8%) ($p < 0.001$), discharges due to cure (from 41.41% to 44.42%) ($p < 0.023$) and of cases detected by contact exam (from 2.05% to 4.08%) ($p < 0.001$). Lower treatment abandonment was also found for the “post-integration” period (from 5.64% to 3.35%) ($p < 0.008$). The local managers responsible for AB services reported low involvement in the PCH, ascribing this to lack of training in leprosy actions. **Conclusion:** Fluctuations in rates of detection followed the national trend, suggesting that integration of the PCH into AB services broadened access to diagnostic services and treatment. The drop in the number of cases abandoning treatment indicates improved patient retention. Previous shortcomings in control and surveillance actions persisted in the “post-integration” period. Leprosy actions run in PHC

are essentially conducted by nurses and doctors under the ESF. This group works independently from local management teams whose efforts are centered on support activities. Many of the problems and obstacles in effective integration of the PCH are also faced by other programme actions within the AB network.

KEY WORDS: Leprosy; Program evaluation; Primary health care; epidemiology; Family health program.

1 INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença infecciosa, dermatoneurológica, de evolução crônica que, quando não tratada adequadamente, pode determinar importantes incapacidades físicas. Historicamente está associada a forte estigma.

A poliquimioterapia (PQT), disponível desde o início dos anos 80 do século passado, é considerada altamente eficaz para a cura da doença. Embora recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) desde 1981, apenas a partir de 1995 passou a ser disponibilizada gratuitamente para os doentes em todos os países endêmicos (WHO, 2005).

A instituição da PQT foi o principal determinante da adoção pela OMS, em 1991, da meta de eliminação da doença, definida como a redução da prevalência a menos de um caso a cada dez mil habitantes.

Até o final de 2003, dos 122 países onde, em 1985, a hanseníase era considerada um problema de saúde pública, 113 a tinham eliminado. A doença permaneceu como problema de saúde pública em nove países da África, Ásia e América Latina, entre eles o Brasil (WHO, 2005). No ano de 2007, somente Brasil, República Democrática do Congo, Moçambique e Nepal ainda não haviam alcançado a meta de eliminação (WHO, 2007). No Brasil, a meta assumida inicialmente para o ano 2000, e depois prorrogada para 2005, ainda não foi alcançada.

Entre os 16 países que no ano 2009 registraram mais que mil casos da doença, o Brasil ocupa a segunda colocação, com 37.610 casos novos de hanseníase e 38.179 em registro ativo. Nas Américas o país detém 92,92% dos casos novos notificados (WHO, 2010a). No ano 2008, a taxa de detecção geral foi 20,56/100 mil habitantes e a taxa de detecção em menores de 15 anos foi 5,88/100mil habitantes (Brasil, 2009a), cujos indicadores, segundo parâmetros oficiais, classificam a endemia como “muito alta” (Brasil, 2010).

A distribuição dos casos no território brasileiro é desigual entre as cinco macrorregiões (OPAS, 2004). Um estudo que avaliou o comportamento da hanseníase nas duas últimas décadas concluiu que parece haver um esgotamento na produção de novos casos e evidenciou tendência à estabilização da doença em todos os estados brasileiros, porém mantendo-se com patamares de alta detecção nas regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste. Segundo a distribuição espacial dos focos ativos no país foram identificados 40 aglomerados de casos, dentre os quais, os dez mais significativos também estão situados sobretudo nas regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste e congregam mais de 50% dos casos novos recentes (Brasil, 2009a). Um outro estudo que avaliou a série temporal de 1980 a 2006 descreve o comportamento da taxa de detecção como “um modelo parabólico, apontando para uma redução da velocidade de aumento da taxa no tempo atingindo uma estabilidade” e iniciando, a partir de 2003, uma fase de queda da taxa (Penna et al., 2008)

Quanto ao coeficiente de detecção geral, em 2007 o estado de Sergipe ocupava a décima terceira colocação entre os estados da Federação, com 26,26 casos por 100 mil habitantes (Brasil, 2009a). Aracaju, a capital de Sergipe, concentra o maior número de casos detectados no estado, com taxa de detecção geral de 49,22 casos por 100.000 habitantes para o ano 2007 (DATASUS, 2010).

Desde 1995 a OMS recomenda a descentralização das ações de controle da hanseníase (ACH) para os serviços de atenção primária à saúde (APS) como importante estratégia para o controle da doença em locais hiperendêmicos (OMS, 1995). Em 1999 a Aliança Global pela Eliminação da Hanseníase, formada por representantes dos países endêmicos, Organização Mundial de Saúde, Fundação Novartis e a Fundação Nippon, definiu estratégias para a eliminação da hanseníase em todos os países até o ano 2005. No componente assistencial as estratégias definidas foram: a) o aumento do acesso da população aos serviços de saúde para o diagnóstico e o tratamento da hanseníase; b) garantia de tornar disponível gratuitamente a PQT em todas as unidades de saúde (WHO, 1998).

No Brasil, as ações de diagnóstico e tratamento da hanseníase foram historicamente centralizadas em unidades estaduais especializadas. Já praticada desde os anos 1970 em alguns estados do Sudeste e do Sul, a discussão nacional sobre a descentralização das ACH ganhou corpo a partir de 1985, no contexto da reestruturação do sistema de saúde.

A institucionalização nacional da implantação do Programa de Controle da Hanseníase (PCH) por meio da descentralização das ACH

aconteceu no bojo do movimento de revalorização da APS no Brasil que, renomeada para atenção básica (AB), tem sido considerada estratégica para a reorganização do sistema como um todo e para a reorientação do modelo assistencial (Brasil, 2006a).

Com a Constituição Federal de 1988 foi criado o Sistema Único de Saúde e, em sequência, as Leis n 8.080 e 8.142 de 1990 instrumentalizaram a descentralização das ações de saúde (Brasil, 1990a; Brasil, 1990b). Em meio à reestruturação do Ministério da Saúde e do Programa Nacional de Hanseníase, a implantação da hanseníase na APS foi estimulada por meio da interface com outras áreas técnicas e integração da hanseníase no Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS) e Programa Saúde da Família (PSF) (Brasil, 1999).

Para a implementação desta política, o Ministério da Saúde adotou, desde 1994, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como modelo prioritário de organização a ser implementado em todos os serviços deste nível de atenção do país (Brasil, 2006b). Em 1998, como parte do compromisso da Aliança Global para eliminação da hanseníase, o Brasil, incluiu oficialmente a hanseníase entre os agravos a serem atendidos pela rede de AB.

A portaria N°1073/GM do Ministério da Saúde, publicada no ano 2000, estabelece que a descentralização das ACH para as unidades de saúde da rede básica é a principal diretriz para o alcance da meta de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública. Enuncia que é essencial que cada unidade básica de saúde (UBS) esteja preparada para a descoberta de casos e tratamento integral. Prevê prover os municípios de

capacidade organizativa para realizar as seguintes atividades: busca ativa de casos, diagnóstico clínico dos casos, cadastramento dos portadores, tratamento supervisionado dos casos, prevenção e controle das incapacidades físicas. Prevê, ainda, a condução de atividades comunitárias de disseminação de informações sobre a doença e a importância do diagnóstico precoce (Brasil, 2000a).

Em 2006, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) ampliou o escopo e a concepção da AB no país, ao incorporar os atributos da APS propostos por Starfield (2002), para caracterizá-la como abrangente e consolidar a Saúde da Família como estratégia prioritária para a organização da AB. Os incentivos financeiros federais impulsionaram a Saúde da Família de modo que, em dezembro de 2008, 94% dos municípios brasileiros contavam com 29 mil equipes implantadas, o que determinava uma cobertura populacional estimada de 92 milhões de habitantes, 48% da população do país (Giovanella et al., 2009). Neste contexto, a principal estratégia proposta para a instalação das ações de hanseníase é a capacitação das equipes de saúde da família (EqSF), mediante treinamentos e disseminação de guias técnicos. Esta estratégia se apóia na assunção de relativa simplicidade técnica do diagnóstico e tratamento da maioria dos casos da doença. Propõe-se ainda, como apoio a esta estratégia, a condução de campanhas nacionais e locais de divulgação e aprimoramento do sistema de informação (Brasil, 2007a).

O estado de Sergipe iniciou a descentralização das ACH para as unidades de AB no ano de 1998. Dados oficiais apontam que naquele ano,

52% dos municípios desenvolviam ACH e, em 2003, 93% deles contavam com pessoal que já recebera treinamento em diagnóstico e tratamento de hanseníase (Sergipe, 2005).

Em Aracaju, a ESF foi implantada em 1998, ano em que o município obteve a habilitação na condição de Gestão Plena da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS). Em 2001 adotou a Gestão Plena do Sistema Municipal e assumiu a responsabilidade pelas média e alta complexidade (Almeida et al., 2010). A implantação do PCH se iniciou somente a partir do ano 2000 com a descentralização das ACH e capacitações dirigidas para as equipes da ESF (Aracaju, 2006). No ano 2007 o município contava com 128 EqSF, distribuídas em 43 unidades básicas de saúde da família (UBSF), o que representa uma cobertura de 86,7% da população (Almeida et al., 2010)

Segundo a estrutura organizacional e administrativa, Aracaju está dividida em oito regionais de saúde; conta com uma estrutura de regulação da rede de serviços de saúde pertencentes à própria Secretaria Municipal de Saúde (SMS) por meio de um Núcleo de Controle, Avaliação, Auditoria e Regulação. Para integrar a AB à média e alta complexidade, o município implantou o Terminal de Atendimento do SUS (TAS), que permite a marcação de procedimentos especializados, mas não desempenha funções de regulação. O acesso e utilização dos serviços de atenção especializada e hospitalar são realizados nos Centros de Especialidades Médicas (CEMAR). O município conta com uma unidade de referência (UR) para tratamento de hanseníase, atualmente localizada no CEMAR Augusto Franco. O

ambulatório de dermatologia do Hospital da Universidade Federal de Sergipe (HUFS) não é considerado unidade de referência para tratamento de hanseníase no município, mas devido a sua condição de hospital de ensino, oferece serviços especializados de dermatologia, outras especialidades para a comunidade em geral e também recebe casos encaminhados pelas UBSF e UR (Aracaju, 2006).

Em relação à avaliação do PCH realizada nos serviços de AB do Estado de Sergipe, incluindo Aracaju, os estudos que utilizaram informações fornecidas por usuários, profissionais e gerentes apontaram várias dificuldades nas unidades e serviços de saúde da família relacionadas a: insuficiência de capacitação dos profissionais das EqSF e gerentes, organização dos serviços e à disponibilidade de recursos (Raposo et al., 2005; Nascimento et al., 2005; Nascimento et al., 2006; Sergipe, 2005). Exceto por esta abordagem, não houve no município de Aracaju até agora, qualquer outro estudo voltado para a implantação do PCH e incorporação das ACH na ESF.

1.1 Sobre avaliação

No plano usual, a “avaliação de práticas cotidianas” está baseada em noções do senso comum, pelo uso de técnicas não sistemáticas e análise simplificada, ao passo que a “pesquisa avaliativa”, instituída através de

métodos científicos se propõe a preencher hiatos de conhecimento e a elucidar questões ainda não equacionadas (Silva, 2005).

Considerando que a grande pergunta elaborada para a realização de um “estudo de avaliação” é se o programa está ou não fazendo o que se espera dele, a avaliação, compreendida como um dos componentes das práticas e integrante de diversificados âmbitos e campos do espaço social, é conceituada pela WHO (2000) como sendo:

Processo de determinação, sistemática e objetiva, da relevância, efetividade, eficiência e impacto de atividades fundamentadas em seus objetivos. É um processo organizacional para implementação de atividades e para colaborar no planejamento, programação e tomada de decisão. (WHO, 2000)

Conforme definição simples e abrangente, proposta por Contandriopoulos et al.:

Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção sobre qualquer um dos seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa), ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa). (Contandriopoulos et al., 1997, p. 31).

Ainda que a divisão entre avaliação normativa e pesquisa avaliativa seja um assunto abrangente, e ainda não inteiramente esgotado (Novaes, 2000), tanto na esfera individual como coletiva, a avaliação como processo sistematizado, reproduzível e permanente (Felisberto, 2004), corresponde à coleta sistemática de informações sobre atividades, características e resultados dos programas, cujo propósito é fazer julgamentos sobre os

programas e/ou para subsidiar o processo de tomada de decisões sobre futuras programações (Patton, 1997).

Para compreender o processo de aproximação com o objeto a ser avaliado vale recorrer a uma proposta sistematizada por Donabedian (1990), autor consensualmente considerado marco teórico por investigadores sobre avaliação (Serapione, 2009, Novaes, 2000; Trad e Bastos, 1998, Perrin, 2002; Sala et al, 1998); e pelo Ministério da Saúde do Brasil (Brasil, 2009b; Brasil, 2007d). O marco conceitual proposto por Donabedian (1980) considera a tríade “estrutura-processo-resultados”, na qual estrutura diz respeito aos recursos materiais, humanos e organizacionais; o processo, àquilo que medeia a relação profissional-usuário; e os resultados estariam relacionados com o produto das ações, quanto à modificação no estado de saúde de indivíduos e da população.

Especificamente para a área da saúde, Novaes (2000) estabelece a caracterização de três tipologias de avaliação:

- Pesquisa de avaliação: objetiva a produção do conhecimento científico e busca identificar as relações de causalidade e os impactos alcançados. Geralmente é desenvolvida por instituições acadêmicas que, dada a valorização de máxima objetividade conta com a participação de avaliadores externos ao processo, contudo, não exclui a possibilidade de participação de avaliadores internos. A metodologia dominante é de natureza quantitativa, com progressiva incorporação de formas qualitativas, cuja conjugação é orientada para a busca de

objetividade e possibilidade de generalização dos resultados. Em geral é realizada pontualmente.

- Avaliação para decisão: voltada para a produção de respostas para o direcionamento do processo e tomada de decisões, esta modalidade é geralmente desenvolvida por avaliador que tem proximidade e envolvimento com o objeto da avaliação. A informação produzida por essa tipologia de pesquisa deve ser convertida em recomendações com vistas a orientar a solução de problemas. A metodologia aplicada também combina abordagens quantitativas e qualitativas para permitir aproximação com o contexto natural do objeto investigado. Ainda que possa ser desempenhada pontualmente, sua realização é, geralmente, continuada.
- Avaliação para gestão: direcionada para o aprimoramento do objeto avaliado, sua concretização se dá por meio de medidas quantificáveis e replicáveis, com emprego de metodologias e técnicas quantitativas que objetivem caracterizar e quantificar o objeto no seu contexto natural. Metodologias qualitativas, passíveis de uso padronizado podem ser ferramentas complementares. A participação de avaliadores internos é condição necessária, geralmente com participação de avaliadores externos. As informações obtidas devem gerar desenvolvimento e aprimoramento de indicadores, proposição de critérios e normas, além de ser utilizadas como instrumento para a gestão. Sua realização se dá geralmente no contexto natural integrada aos serviços e/ou contínua.

Conforme assevera Medina et al. (2005), “No campo da saúde, cada vez é mais reforçada a necessidade de uma permanente avaliação das intervenções realizadas”. No entanto, no terreno da avaliação dos programas, a necessidade de contextualização dos efeitos e as restrições dos métodos qualitativos propiciam o desenho de novas estratégias metodológicas com avaliações multicêntricas e estudos de casos múltiplos com níveis de análise imbricados (Hartz, 1999), em que se combinam diferentes metodologias com o objetivo de aumentar a viabilidade do estudo (Medina et al., 2005). Ainda em relação à questão metodológica, cabe assinalar que é marcante a confluência e concordância de pesquisadores da área acerca da aplicabilidade e necessidade de combinação das técnicas de análises quantitativas e qualitativas na abordagem avaliativa (Novaes, 2000; Perrin, 2002; Silva, 2005; Medina et al., 2005; Hartz, 1997; Hartz, 1999), o que pressupõe a pluralidade metodológica concernente à avaliação (Hartz, 1999) reforçada por Serapione, ao destacar, que:

Do ponto de vista metodológico, a perspectiva ‘multidimensional’ reconhece a co-presença de métodos e técnicas que demonstrem a capacidade de captar tanto as dimensões estruturais do ambiente sanitário, como as dimensões relacionadas às representações sociais dos atores envolvidos e às expectativas de saúde dos cidadãos. (Serapione, 2009. p. 78)

Para Novaes (2000), a avaliação de programas em saúde tem como foco de análise os programas, concebidos como processos complexos que englobam a organização de práticas voltadas para objetivos específicos. Devido a esse mesmo caráter de complexidade, Nemes et al. (2004)

reforçam a necessidade de analisar a implantação de programas como tentativa aplicável ao campo da saúde coletiva, por considerarem que “A investigação em serviços de saúde, particularmente a pesquisa avaliativa, constitui-se por processos de imersão no estudo de práticas sociais complexas, segundo a racionalidade científica”.

Sobre a institucionalização da avaliação em órgãos públicos Contandriopoulos (1999) assevera que esta é condição essencial para a racionalização de políticas em todo o mundo, cuja finalidade é aumentar a desempenho das intervenções, por criar mecanismos formais de produção de informação acerca de programas e políticas públicas. Silva (2005) destaca, no final do século XX, a expansão do campo da avaliação em termos de produção científica e de sua institucionalização. Contudo, para esta autora, “Persiste uma importante lacuna relacionada com a incorporação do conhecimento produzido no plano da investigação pelos profissionais de saúde e pelos gestores”. Nesta perspectiva, Novaes (2000) afirma que a pesquisa de avaliação objetiva conhecer o impacto de um programa e que, no Brasil, no setor público, pela ação da saúde coletiva, verifica-se maior interesse pela avaliação de programas, que pela avaliação da qualidade e tecnológica em saúde. Sob esse aspecto, Hartz e Pouvourville (1998) consideram que apesar de ser assunto frequente na agenda científica técnica e legal, no Brasil, a avaliação no setor público é tida como prática rara.

Ainda que se conte com um sistema de avaliação com seus diferentes componentes, a avaliação de programas é uma área específica que oferece

um conhecimento particular. Considerando a relevância estratégica que a avaliação do programa de hanseníase encerra, como ferramenta de apoio às decisões na implementação das políticas de saúde e sua repercussão para os serviços, habitualmente as pesquisas avaliativas estavam direcionadas à análise do impacto determinado pelas ações de controle por meio da interpretação de indicadores epidemiológicos e operacionais (Moreira, 2002). Investigações mais recentes que versavam sobre a avaliação do programa de hanseníase foram realizadas por diferentes autores, em diferentes contextos no Brasil (Fuzikawa et al., 2010a; Fuzikawa et al., 2010b; Vieira e Dôliveira, 2010; Mendes et al, 2008; Pimentel et al, 2004; Barro, 2004; Moreira, 2002), no entanto, o terreno permanece aberto para outros estudos avaliativos que busquem investigar o complexo processo envolvido na avaliação de implantação de programas.

1.2 Ações de controle da hanseníase na Atenção Básica

As propostas de implantação do PCH na rede de AB já tem registro de longa data no Brasil. Iniciativas concretas de descentralização começaram a ocorrer nos anos 70 do século passado em uma conjuntura de mudança radical da visão sobre a prevenção e o controle da doença, que incluiu o fim do isolamento compulsório dos doentes e o banimento oficial do nome “lepra”. Estados de alta endemicidade à época, como São Paulo e Minas Gerais, reduziram hospitais e ambulatórios especializados e

implantaram ações de diagnóstico e tratamento em muitos centros de saúde (Nemes, 1989). Análises históricas de documentos e normas do Ministério da Saúde mostram que a descentralização e a integração das ACH na rede de serviços básicos de saúde nunca saíram da pauta de prioridades do programa. Sua incorporação ao plano da ESF reitera uma prioridade há muito estabelecida em uma conjuntura de revalorização da AB e de seu papel já tradicional, particularmente nos programas de controle da hanseníase e da tuberculose.

A atual Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) define a atenção básica como um conjunto de ações de saúde de caráter individual ou coletivo, localizadas no primeiro nível de atenção, voltadas para a promoção e reabilitação da saúde, prevenção, diagnóstico e o tratamento de agravos. Assinala, ainda, a atenção básica como o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde, cujo funcionamento é estratégico para a promoção da eficiência e resolubilidade do SUS (Brasil, 2006b).

Além da eliminação da hanseníase a PNAB define como áreas de atuação prioritárias para o trabalho das EqSF a eliminação da desnutrição infantil; o controle da tuberculose, da hipertensão arterial e do diabetes mellitus; ações de saúde bucal; ações de saúde da criança, da mulher e do idoso; e promoção da saúde (Brasil, 2006a).

É, portanto, ambiciosa a atual proposta de organização da AB no Brasil. Em busca da oferta da atenção integral à população, os serviços deste nível de atenção devem estar organizados de modo a articular diversas dimensões do cuidado à saúde – prevenção, tratamento,

diagnóstico e promoção – exercendo papel fundamental no controle das doenças mais prevalentes e na atenção a determinados segmentos da população. Por meio de sua atuação, devem concretizar a reorientação do modelo de atenção, utilizando-se de saberes diversos que permitam o conhecimento da realidade da comunidade que atende e a identificação de suas principais necessidades de saúde. Finalmente, é o nível de atenção responsável pela triagem das demandas conforme o grau de especialidade necessário para resolvê-las, tendo sua atuação reflexos na organização e funcionamento dos demais níveis de atenção do SUS.

Práticas ou ações programáticas constituem uma “proposição de organizar o trabalho em saúde fundamentada no ideal da integração sanitária, para o que busca inspirar-se em tecnologias de base epidemiológica” (Nemes, 2000). Sob os aspectos normativos, as diretrizes para vigilância, atenção e controle da hanseníase são estabelecidas na Portaria nº 3.125, de 7 de outubro de 2010 de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde – SUS e têm a finalidade de orientar os gestores e profissionais dos serviços de saúde (Brasil, 2010).

Neste contexto, em que pese a aparente simplicidade da proposta de incorporação de ações de diagnóstico e tratamento da hanseníase aos serviços de AB, entende-se que, como na implantação de quaisquer outros programas de saúde, tal incorporação representa um processo complexo, condicionado por muitos fatores, especialmente pela organização tecnológica já instituída nos serviços de AB, estes mesmos dotados de particular complexidade (Nemes, 2000).

Apoiada nas avaliações sobre os 15 anos de institucionalização da ESF no Brasil, Conil (2008) resume:

As evidências atuais apontam para uma discreta superioridade do programa em relação às atividades de unidades tradicionais com a incorporação de práticas de territorialização, maior vínculo, envolvimento comunitário e acompanhamento de prioridades programáticas, o que é coerente com o cumprimento de seu referencial normativo. No entanto, o acesso permanece como um grande nó crítico, com dificuldades na estrutura física e nas equipes, fragilidades da gestão e na organização da rede de serviços. (Conill, 2008, p. S14)

Estudo sobre a integração da ESF na rede assistencial em quatro municípios brasileiros, entre eles Aracaju, reafirma estas conclusões ao mostrar melhorias como a implantação de atendimento diário nas UBSF e o fato de 41% dos cadastrados que estiveram doentes nos últimos 30 dias, terem sido atendidos nas UBSF. Ressalta, por outro lado, a performance negativa da integração com a atenção especializada, agravada pela insuficiente oferta (Giovanella et al, 2009).

São ainda poucos os estudos voltados para a avaliação da implantação do PCH na AB no Brasil. Há indicações de que houve extensão da cobertura, como certificado por Facchini et al. (2006) em centros urbanos do Nordeste, onde a presença de ações do PCH ocorreu em 87% das unidades da ESF, em contraposição a 33% nas UBS tradicionais.

Quanto ao desempenho das ações, os estudos existentes vem mostrando algumas dimensões positivas ressaltando porém a persistência de muitas deficiências. Reiteram insuficiências na detecção de casos, no

controle dos contatos e avaliação de incapacidades, em várias localidades do Brasil (Cavalcante et al., 2006; Alencar C et al., 2008; Lana et al., 2007; Pimentel et al., 2004, Fuzikawa, 2007).

A análise de indicadores de resultado para a hanseníase, em um estudo que avaliou a implantação das ações estratégicas na AB em uma região metropolitana do nordeste brasileiro apontam parâmetros considerados regulares e possíveis problemas na alimentação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Questões complexas, como as de natureza histórico-antropológicas e sociais são citadas como possíveis intervenientes no grau da implantação das atividades (Cavalcante et al., 2006). Nessa mesma direção, sobre avaliação do processo da tecnologia do trabalho em hanseníase, Lanza (2009) verificou que as atividades de controle da hanseníase são influenciadas pelo nível de organização tecnológica dos serviços e as práticas de saúde são tecnologias desenvolvidas dentro do próprio processo de trabalho, histórica e socialmente determinadas.

Em Fortaleza, problemas operacionais também foram evidenciados e detectaram desempenho não satisfatório da AB para a detecção de casos de hanseníase em menores de 15 anos (Alencar C et al., 2008). Resultados parecidos foram obtidos em estudo similar no Vale do Jequitinhonha, em que os autores apontam a passividade dos serviços e sugerem a intensificação das ACH nas UBS como estratégia para melhorar o desempenho do PCH (Lana et al., 2007). No estado Rio de Janeiro a implantação ocorreu de modo “incompleto” com o não cumprimento das ACH integralmente pelas

UBS e em alguns casos manutenção do tratamento centralizado na UR municipal (Pimentel et al., 2004).

Estes indicadores estão reunidos em dois grupos denominados pelo Ministério da Saúde como “epidemiológicos” e “operacionais”.

O grupo de indicadores epidemiológicos é formado por: a) taxa de detecção anual de casos novos, por 100 mil habitantes; b) taxa de detecção anual de casos novos na população de menores de 15 anos por 100 mil habitantes; c) proporção de casos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico, entre os casos novos detectados e avaliados no ano; d) proporção de casos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física, entre os casos avaliados no momento da alta por cura (Brasil, 2010); e) coeficiente de grau 2 de incapacidade física dos casos novos por 1 milhão de habitantes no momento do diagnóstico (WHO, 2010b); f) coeficiente de prevalência anual de hanseníase por 10.000 habitantes (Brasil, 2010).

O grupo de indicadores operacionais é formado por: a) proporção de casos novos de hanseníase com o grau de incapacidade física avaliado no momento do diagnóstico; b) proporção de casos de hanseníase avaliados quanto ao grau de incapacidade física no momento da alta por cura; c) proporção de contatos examinados entre os contatos registrados dos casos novos diagnosticados no ano; d) proporção de cura de hanseníase entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes; e) proporção de casos de hanseníase em abandono de tratamento entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes (Brasil, 2010).

A utilização destes indicadores para a avaliação apresenta, porém, algumas restrições como a própria fragilidade das informações advindas do nível local e municipal, onde são consolidados os dados. Muitos municípios não contam com adequados sistemas de supervisão da alimentação do sistema ou do acompanhamento das informações. Entretanto, em estados e municípios nos quais o sistema é mais bem administrado, a avaliação das informações do sistema pode gerar análises úteis para auxiliar gestores e gerentes na avaliação e monitoramento das ações locais (Brasil, 2006b).

Considerado instrumento essencial para a tomada de decisões nos níveis municipal, estadual e federal, o SINAN foi desenvolvido na início da década de 90 como uma ferramenta que permite a coleta, processamento, armazenamento e análise de dados referentes aos agravos de notificação obrigatória no território nacional, sendo adequado à avaliação da descentralização das ações, de serviços e gestão dos sistemas de saúde. Seu uso foi regulamentado por meio da Portaria GM/MS nº. 1.882, de 18 de dezembro de 1997 e tradicionalmente as avaliações de desempenho do PCH, se baseiam em um conjunto de indicadores definidos pelo Programa de Controle da Hanseníase do Ministério da Saúde, calculados com base nas informações das fichas de notificação/investigação padronizadas (Brasil, 2007c).

Neste sentido, a utilização dos dados do SINAN de modo desagregado para municípios e localidades é potencialmente positiva. Vários relatórios reportam situações muito heterogêneas entre municípios da mesma região ou mesmo entre serviços do mesmo município. A

‘proximidade do dado’ com os agentes das ações – gerentes e profissionais – favorecem sua capacidade de mobilização para mudanças. Este também é um papel das supervisões mais sistematizadas conduzidas no nível local.

Subsidiar o planejamento das ações em um sentido abrangente é, entretanto, um objetivo mais difícil de alcançar. Isto porque um segundo problema que os indicadores do SINAN apresentam diz respeito à sua própria natureza e abrangência.

Avaliar o impacto é imprescindível para programas como o da hanseníase, que necessitam manter um perfil tecnológico mínimo comum em uma operação descentralizada em nível nacional. Entretanto, esse tipo de avaliação, não obstante, constata importantes sucessos e/ou fracassos, não consegue, muitas vezes, indicar hipóteses explicativas acerca do desempenho observado.

Assim, embora essenciais para estimar alguns dos mais importantes efeitos finais, não permitem avaliar os processos de implementação das ações nos serviços da rede básica de saúde. Com isso, permitem poucas explicações sobre os determinantes dos problemas. A insuficiência na compreensão dos problemas resulta em planos de ação que muitas vezes reiteram metas e diretrizes há muito estabelecidas, e pouco cumpridas.

Para além do aperfeiçoamento e utilização do sistema de informações rotineiro e das supervisões locais, a grave situação da endemia de hanseníase em vários estados brasileiros exige avaliações que além de descrever os efeitos alcançados busquem compreendê-los mais

profundamente, ou seja, avaliações que julguem com precisão e também contribuam para explicar os determinantes da situação, as chamadas pesquisas avaliativas (Nemes, 2001).

Sabroza et al. (2000) chamam a atenção para esta necessidade e sugerem quatro eixos prioritários para as linhas de pesquisas operacionais no âmbito da hanseníase no Brasil: integralidade da assistência, qualidade da assistência, sustentabilidade e regulação.

A produção de pesquisas avaliativas sobre o programa de hanseníase no Brasil, porém, é ainda muito pequena. Os estudos disponíveis mostram, entretanto, alguns aspectos inéditos e relevantes. Merecem destaque os estudos de Moreira (2002), Spinelli e Ignotti (2007), Fuzikawa (2007) e Lanza (2009), cujos desenhos contemplam a avaliação de implantação, modalidade de pesquisa avaliativa que busca ampliar o entendimento das relações existentes entre os diferentes componentes de uma intervenção (Hartz, 1997).

Na linha da avaliação de qualidade, o estudo de Barro (2004) avança ao analisar a adesão dos pacientes ao tratamento e a integração com outros serviços de saúde.

O maior potencial explicativo destes estudos reside em um entendimento mais complexo da descentralização do programa. Na verdade, a “descentralização” do programa de hanseníase tal como proposta significa a implantação de ações de saúde complexas, que envolvem vários

profissionais em serviços de diferentes configurações institucionais e tecnológicas.

Assim, por exemplo, a deficiência observada na articulação com outros níveis de atenção e continuidade do cuidado na AB é um dos mais antigos desafios para o tratamento da hanseníase. Se, por um lado, o tratamento em serviços gerais pode contribuir para a redução do estigma, as complicações imunológicas em longo prazo, a prevalência de incapacidades mesmo entre curados, exige cuidado integral e contínuo. Mais do que uma infecção bacteriana, a hanseníase é mais propriamente definida como uma doença de curso crônico sujeito a vários episódios sub-agudos para a qual abordagens técnicas muito simplificadas podem ser muito pouco efetivas. Ressalta aqui a importância do diagnóstico adequado e precoce de complicações que devem ser tratadas em centros de referência especializados. Adicionalmente, a meta de eliminação implica a manutenção de efetivo e contínuo sistema de detecção de novos casos, vigilância dos contatos e educação em saúde no serviço e na comunidade (Lockwood; Suneeth, 2005; Samy, 2006; Deepak, 2003).

No cenário internacional a implantação do PCH na rede básica alcançou êxito em experiências cujos processos foram planejados (Bainson, 1994; Barua *et al.*, 1999; Namadi *et al.*, 2002; Kasturiaratchi *et al.*, 2002). A associação do PCH com outros programas como o de tuberculose, com planejamento do processo de implantação, moldado a diferentes contextos e situações locais também determinou progresso significativo no modo de operar dos serviços (Fekadesilassie *et al.*, 1999 *apud* Feenstra e Visschedijk,

2002.; Ethiopia, 2001 *apud* Feenstra e Visschedijk, 2002). Contudo, a integração do Programa à AB resultou em atividade não bem estabelecida em situações onde o processo de implantação não foi planejado e ainda remanescentes do sistema vertical co-existiam lado a lado com serviços de Hanseníase “integrados” à AB (Rao V et al., 2002; Rao O et al., 2002).

Tantos são os fatores envolvidos que Visschedijk et al. (2003), após análise da produção bibliográfica internacional, recomendam para integração entre os serviços de Hanseníase e os serviços gerais de saúde um modelo para o processo de implantação, pautado na análise situacional do programa, análise do processo, tomada de decisão, desenvolvimento de um plano de integração, capacitação de recursos humanos, implementação do processo de implantação, monitoramento e avaliação.

Concordando com esta análise, assume-se aqui como pressuposto que a implantação do PCH nos serviços de AB é um processo complexo (Nemes, 2000). Este processo requer avaliações que expliquem a maneira como o programa foi implantado, como são desenvolvidas as suas ações no nível local, desde aspectos gerenciais a assistenciais, e produzam subsídios efetivos que contribuam para a melhora da qualidade do serviço disponibilizado à população. Deste modo, este estudo se propõe a avaliar a implantação do PCH por meio da investigação das ACH desenvolvidas na rede de serviços da AB no município de Aracaju-Sergipe.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar a implantação do Programa de Controle da Hanseníase (PCH) na rede básica do município de Aracaju-SE.

2.2 Objetivos Específicos

- caracterizar o contexto institucional da implantação do PCH na Atenção Básica (AB) e o atual contexto das ações programáticas;
- avaliar o desempenho das Unidades Básicas de Saúde da Família e da Unidade de Referência na implantação do PCH;
- analisar os indicadores epidemiológicos, operacionais, as características clínicas e epidemiológicas da hanseníase no período “pré-implantação” e “pós-implantação” do PCH na AB.

3. MÉTODOS

3.1 Desenho geral do estudo

Trata-se de uma pesquisa avaliativa na vertente da avaliação de programas de saúde que integra a análise de dimensões dos efeitos do programa e características de sua implantação. A figura 1 apresenta o diagrama geral do estudo com seus componentes e dimensões.

Figura 1. Diagrama do desenho geral do estudo.

3.1.1 Análise do contexto

A estratégia de investigação utilizada foi o estudo de casos (Brasil, 2007d). A avaliação das condições de implantação do PCH na rede básica e da atual organização das ações locais do programa foi realizada, respectivamente, por meio da abordagem de profissionais que vivenciaram o processo de implantação do PCH no município e de profissionais que atuam na coordenação municipal do Programa, em EqSF e em gerências de UBSF.

O material empírico foi colhido por meio de entrevistas semi-estruturadas realizadas com “informantes-chave” que, conforme Di Villarosa (1993), foram selecionados por terem um bom conhecimento da área, serem diferentes entre si e por representarem distintos níveis de participação, nos diferentes contextos, aqui considerados como implantação e atual funcionamento do PCH no município de Aracaju.

Todas as entrevistas foram realizadas pelo pesquisador e transcritas literalmente. A multiplicidade de informações obtidas, exploradas a partir das entrevistas determinou recortes que foram sistematizados em dois momentos distintos (figura 2). Após sucessivas leituras, foi estabelecida uma categorização do material obtido.

Figura 2. Momentos da investigação do contexto.

3.1.1.1 Contexto institucional da implantação do PCH no município

Para a descrição do contexto da implantação do PCH, no município de Aracaju, buscou-se destacar as condições da institucionalização das ações na rede básica.

Justifica-se, deste modo, a realização de entrevistas semi-estruturadas com “informantes-chave” que expuseram suas impressões acerca do processo da implantação do PCH. Contou-se com a participação da coordenadora estadual do PCH, durante os anos de 1997 a 2006 e de 2008 a 2009; e de uma médica que integrou uma das doze primeiras equipes da ESF de Aracaju e vivenciou, como profissional da assistência, todo o processo de implantação do PCH na rede básica. Posteriormente, esta mesma profissional passou a integrar o quadro de supervisores técnicos do Programa estadual.

O roteiro de entrevista que aborda o contexto da implantação, empregado para esses “informantes-chave”, está apresentado no anexo 1.

3.1.1.2 Contexto atual das ações programáticas

Para discutir o contexto atual das ações programáticas e do seu funcionamento na rede básica buscou-se destacar as condições de institucionalização da assistência aos doentes, assim como a articulação do Programa com as demais atividades da rede assistencial local.

Para tanto, considerou-se um novo elenco de “informantes-chave”, composto por profissionais atuantes em diferentes âmbitos do contexto atual das ações programáticas: gestão do programa, gerência das UBSF e assistência. Para a realização das entrevistas semi-estruturadas foi empregado o roteiro apresentado no anexo 2. Este conjunto de respondentes foi composto por: responsável técnica pela coordenação municipal do PCH; gerentes das 10 UBSF responsáveis pelo maior número de pacientes (com hanseníase) em registro ativo; duas enfermeiras assistenciais integrantes da ESF há mais de oito anos, que estavam lotadas em duas das 10 UBSF selecionadas, situadas em regiões sanitárias distintas e com diferentes perfis de clientela e de funcionamento. Por sua atuação na gestão atual do programa, também constam, nesse elenco de informantes-chave, aqueles participantes que descreveram o contexto institucional de implantação.

No corpo do texto os informantes envolvidos com a gestão foram caracterizados como “GP 1, GP 2 e GP 3”; os gerentes das UBSF foram denominados “GUSF 1 a GUSF 10”; e os profissionais da assistência foram identificados como “PA 1, PA 2 e PA 3”. Procurou-se, com essa categorização garantir o sigilo em torno da identidade dos participantes e, ao mesmo tempo, assinalar os diferentes pontos de vista dos quais os depoimentos partiram.

Especificamente no caso de uma informante que participou do processo de implantação do PCH na AB como profissional da área médica da ESF, mas que atualmente está envolvida com a gestão, considerou-se

sua participação na pesquisa sob dois aspectos: quando suas falas expressaram seu ponto de vista enquanto membro da ESF, optou-se por caracterizá-la como profissional da assistência (PA); e quando suas falas se referiram ao âmbito da gestão, a informante foi identificada como gestor do programa (GP).

Norteados pelas considerações de Bodstein (2002) e Nemes (2001), esta pesquisa selecionou as atividades a serem avaliadas considerando como referência principal os documentos normativos existentes à época da realização da pesquisa e que apresentam propostas mais amplas, como a Portaria 125/2009 (Brasil, 2009c) e o Caderno de Atenção Básica nº 21 (Brasil, 2007c).

Tendo-se em conta que o plano do trabalho é um plano ético-normativo e que o plano técnico representa a operação concreta do trabalho (Nemes, 1996), esta investigação objetivou uma aproximação avaliativa do processo de trabalho com abordagem de distintos momentos deste processo que encerra aspectos da apreensão do objeto de trabalho, a ação dos gerentes das UBSF como agentes do trabalho, os instrumentos por eles utilizados e dos produtos resultantes (Sala et al., 2000).

3.1.2 Desempenho das UBSF e UR na implantação do PCH

Aracaju, a capital do estado de Sergipe, ocupa uma área territorial de 174 Km² e tinha em 2009 uma população estimada em 544.035 habitantes. A cidade concentra o maior número de casos de hanseníase no estado, com taxa de detecção geral de 49,22 casos por 100.000 habitantes para o ano

2007 (DATASUS, 2010). A implantação do PCH nas UBSF se deu a partir do ano 2000 (Aracaju, 2006), em conformidade com a Portaria n. 816 de 26 de julho de 2000, que aprovou as diretrizes destinadas a orientar as medidas de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle de hanseníase em todos os níveis do SUS, principalmente na AB (Brasil, 2000b).

O período de análise desta pesquisa foi de 12 anos e se limitou aos casos com diagnóstico de Hanseníase, residentes no município de Aracaju-Sergipe-Brasil, desde janeiro de 1996 a dezembro de 2007. Os dados foram obtidos do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), através da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Aracaju e Secretaria de Estado da Saúde (SES) de Sergipe. Considerando as modificações estabelecidas no SINAN e Nota Técnica N° 010/2007/PNCH/DEVEP/MS – uso da versão SINAN-NET 2.0 (Brasil, 2007b), com o objetivo de dar melhor confiabilidade aos dados e diminuir possibilidades de sub-registro, a pesquisa usou os dados coletados em 2009, referentes aos anos de 1996 a 2007.

Considerando a estruturação e preparo das EqSF para a implantação do PCH na rede básica de Aracaju, o ano 2001 foi considerado, nesta pesquisa, como o ano inicial da implantação do PCH na AB. Os anos analisados foram distribuídos em dois períodos: o período de 1996 a 2000 corresponde ao que antecedeu a implantação do PCH e foi denominado “pré-implantação”; os anos de 2001 a 2007 representaram o período “pós-implantação”.

O banco de dados foi trabalhado para exclusão de repetições e inconsistências. Fichas individuais de notificação compulsória e/ou os

prontuários clínicos foram analisados nos casos de inconsistências remanescentes. Para uniformização com a classificação atual, casos com incapacidades grau 3 registrados até o ano 2001 foram convertidos em grau 2, conforme instrumento padronizado pela WHO, atualizado em 1998, e adotado no Brasil (Brasil, 2002).

Na notificação dos casos foram avaliadas as variáveis: ano de diagnóstico, tipo de unidade notificadora, número de casos por tipo de unidade sanitária, regional de saúde, classificação operacional, modo de detecção, desempenho da avaliação do GI no diagnóstico. Para os itens referentes à saída do registro no SINAN foram descritas as variáveis: tipo de unidade de saúde ao final de tratamento, número de casos por tipo de unidade sanitária ao final de tratamento, tipo de saída do registro no SINAN e registro do GI na cura. As frequências obtidas foram apresentadas em tabelas.

Para a avaliação do desempenho da implantação do PCH foram comparadas as características dos casos de hanseníase, residentes em Aracaju e diagnosticados durante os anos de 2001 a 2007 (período “pós-implantação”) nos serviços de AB e na Unidade de Referência (UR) – serviço especializado para tratamento de hanseníase

3.1.3 Avaliação da dimensão do efeito

Para avaliação do efeito da implantação do programa na AB foram analisados os indicadores epidemiológicos e operacionais para hanseníase no município e comparadas as características clínicas e epidemiológicas dos casos entre os períodos “pré-implantação” (1996-2000) e “pós-implantação” (2001-2007).

3.1.3.1 Indicadores do município para hanseníase

Considerando que as taxas relativas à detecção de hanseníase sofrem alteração em períodos muito longos, com o objetivo de avaliar o quadro endêmico do município, foi realizada a análise descritiva dos indicadores recomendados para o monitoramento e avaliação da endemia, contabilizados a cada ano, sob os aspectos da força de morbididade, magnitude, perfil epidemiológico e da qualidade das ações e serviços (Brasil, 2010).

Devido à inconsistência de algumas variáveis no banco de dados, o que comprometeria sua confiabilidade, foram considerados, na análise dos aspectos epidemiológicos, os indicadores: taxa de detecção anual de casos novos por 100.000 habitantes; taxa de detecção anual de casos novos em menores de 15 anos por 100.000 habitantes; proporção de casos de hanseníase com grau de incapacidade (GI) 2 no momento do diagnóstico, entre os casos novos detectados e avaliados no ano¹; proporção de casos

¹ Indicador calculado somente quando o percentual de casos com grau de incapacidade física avaliado for maior ou igual a 75%

de hanseníase curados, com GI 2 dentre os casos avaliados no momento da alta por cura no ano² (Brasil, 2010); coeficiente de grau 2 de incapacidade física dos casos novos por 1 milhão de habitantes no momento do diagnóstico (WHO, 2010b). Optou-se por não empregar o coeficiente de prevalência anual da hanseníase por 10.000 habitantes, devido às influências operacionais que ele sofre, à modificação dos critérios para o seu cálculo, ocorrida nos anos estudados nesta pesquisa, e pelas fragilidades intrínsecas do indicador de prevalência pontual atualmente empregado.

Acerca da qualidade das ações e serviços, que compreendem os indicadores operacionais, foram analisadas: proporção de casos novos com grau de incapacidade física avaliado no diagnóstico; proporção de casos curados no ano com grau de incapacidade física avaliado; proporção de examinados entre os contatos intradomiciliares registrados dos casos novos de hanseníase no ano (Brasil, 2010).

Foram empregadas como indicadores complementares epidemiológico e operacional, respectivamente, a proporção de casos em menores de 15 anos (The International Federation of Anti-Leprosy Association, 2001) e a proporção de casos novos que saíram do registro como “abandono de tratamento” a cada ano. Considera-se como saída por “abandono” o caso de um doente que ainda não concluiu o tratamento ou não compareceu ao serviço de saúde nos últimos 12 meses, tanto nos casos paucibacilares (PB) quanto nos multibacilares (MB) (Brasil, 2010).

² Indicador calculado somente quando o percentual de casos com grau de incapacidade física avaliado for maior ou igual a 75%

Dentre os indicadores epidemiológicos e operacionais analisados, aqueles sintetizados no quadro 1 foram divididos nas categorias que avaliam efeitos na detecção e no tratamento.

Quadro 1 – Indicadores analisados no estudo dos efeitos na detecção e no tratamento.

Dimensão	Indicadores
Efeitos (na detecção)	<ul style="list-style-type: none"> - Taxa de detecção anual de casos novos de hanseníase por 100.000 habitantes; - Taxa de detecção anual de casos novos de hanseníase em menores de 15 anos de idade por 100.000 habitantes; - Proporção de menores de 15 anos; - Proporção de contatos examinados entre os contatos registrados dos casos novos diagnosticados no ano.
Efeitos (no tratamento)	<ul style="list-style-type: none"> - Proporção de casos novos de hanseníase com o grau de incapacidade física avaliado no momento do diagnóstico; - Proporção de casos de hanseníase avaliados quanto ao grau de incapacidade física no momento da alta por cura; - Proporção de casos que saíram do registro como “abandono de tratamento”

3.1.3.2 Características clínicas e epidemiológicas dos casos

A partir do ano da notificação, as variáveis clínico-epidemiológicas foram definidas (sexo, faixa etária, classificação operacional, forma clínica, avaliação do GI no diagnóstico, avaliação do GI na conclusão do tratamento, modo de detecção, contatos examinados e tipo de saída do registro) como um *proxy* acerca da qualidade do serviço e analisadas ao longo do tempo como integrantes de dois momentos distintos, sendo um deles o “pré-implantação”, marcado pelo atendimento centralizado em uma unidade de saúde, e outro, aquele que compreende o período “pós-implantação”, em que as ações do PCH estavam integradas na AB.

Os dados foram trabalhados no programa EpiInfo™, versão 3.3, do Centers for Disease Control and Prevention – CDC, de outubro de 2004; as distribuições de frequências foram comparadas usando o teste do qui-quadrado (χ^2) de Pearson e foi estabelecido o nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

3.2 Considerações éticas

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo – N° 1032/08 (anexo 3) e pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Tiradentes – N° 030108 (anexo 4).

A Coordenação da Vigilância Epidemiológica do Município de Aracaju-SE forneceu uma carta de anuência em que consta sua concordância com o desenvolvimento da pesquisa. Os profissionais de saúde envolvidos com o Programa de Hanseníase na Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe e Secretaria Municipal da Saúde de Aracaju foram consultados quanto ao interesse em participar do estudo. Aqueles que aceitaram, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo 5).

4. RESULTADOS

4.1 Análise do contexto

4.1.1 Contexto institucional da implantação do PCH no município

Com base nas informações empíricas extraídas das entrevistas com os informantes-chave foi possível descrever o percurso, assim como perceber problemas organizacionais na rede de saúde de Aracaju referentes à implantação das ações do PCH no município.

Municipalização do PCH

Os depoimentos dos entrevistados convergem para a compreensão de que o fator considerado determinante para a implantação do PCH na AB foi a municipalização das ações de saúde. Conforme ilustrado nas palavras de um informante-chave: “O processo determinante foi normativo, designado por ordem do Ministério da Saúde, quando todos os municípios tiveram que assumir as ações de saúde e, forçosamente, ocorreu a ‘descentralização’.” (GP 1).

Nas palavras de um dos informantes-chave, o processo da implantação do PCH na rede básica ocorreu “simultaneamente à implantação do PSF, com as 12 equipes que iniciaram o PSF [...] assumindo os casos novos, fazendo busca ativa para diagnosticar e tratar” (PA 1).

Relações entre o Programa estadual e o municipal

Em conjunto com as atividades operativas iniciadas, os relatos apontam que, “durante o processo de ‘descentralização’, a coordenação estadual do PCH prestou apoio técnico, administrativo, forneceu treinamentos e realizou supervisões” (PA 1).

Nesse período, a interlocução entre o Programa estadual de Hanseníase e o Programa municipal caracterizou-se, de modo geral, por “uma boa relação técnica e profissional entre as SES e SMS” (GP 1). Apesar disso, entraves foram percebidos principalmente no início do processo, diante da dificuldade da SMS em “assumir para si as ações” (GP 1). Aos poucos, essas barreiras foram sendo superadas, a partir da definição de papéis e limites de competências, que promoveram a progressiva assimilação das ações programáticas de hanseníase pela SMS:

À medida que a Secretaria Municipal de Saúde assumiu as ações de controle de hanseníase e as desenvolvia com autonomia, o Programa estadual não podia intervir no Programa municipal e limitava-se a realizar supervisões indiretas, por meio de dados secundários. (GP 1)

Unidade de Referência

No início efetivo da implantação das ações de diagnóstico e de tratamento da hanseníase nas UBSF, os atendimentos ainda estavam “centralizados” (GP 1) na UR estadual. A assessoria técnica prestada pela coordenação estadual do Programa ofereceu capacitações técnicas para profissionais da rede municipal com vistas a reordenar a demanda de casos

de hanseníase, distribuí-los para a rede básica e estabelecer um sistema de referência e contrarreferência a partir da reorganização da UR:

Lentamente, a gente (Secretaria de Estado da Saúde) foi identificando profissionais dentro da rede que tinham identificação com as ações e a gente capacitou como supervisores do programa, como facilitadores capazes de dar treinamento dentro do próprio município, profissionais pra desenvolver ações de controle e transformar a Unidade de Referência não mais numa unidade pra diagnóstico puramente, mas como uma 'Unidade de Referência'. (GP 1)

A UR deu seguimento ao funcionamento com ações de diagnóstico e acompanhamento de casos diagnosticados; no entanto, notou-se um crescente arrefecimento do papel técnico e institucional que a UR desempenhava, simultânea à redução de recursos humanos:

A Unidade de Referência passou a ser gerenciada pela Secretaria Municipal e por um tempo todos os profissionais que tinham antes (que eram servidores do Estado) ficaram lá. Mas depois [...] as pessoas se aposentaram, outras saíram do serviço. Quem ficou se desmotivou muito com a qualidade que o serviço começou a ter. E eu acho que não houve muita prioridade dentro da Secretaria Municipal pra olhar a Unidade de Referência. (GP 1)

Capacitação

Em meio à implantação do PSF no município, a capacitação para as ações de hanseníase e implantação do Programa, direcionadas para as primeiras EqSF, ocorreu com base nos cursos “preparatórios do PSF” (PA 1), sem que houvesse um aprofundamento dos conteúdos:

Na realidade eu não tive capacitação. Eu tive o contato com o formulário. Quando a gente teve o curso preparatório do PSF, essas doze equipes tiveram contato com os diversos formulários do programa, então, foi baseado nisso mesmo. (PA 1)

Em seguida, foram iniciados os cursos básicos sobre hanseníase para as EqSF, ministrados pela SMS. Os cursos incluíam capacitações teóricas e práticas, dirigidas a profissionais médicos e enfermeiros. As primeiras EqSF implantadas no município eram encarregadas de treinar seus ACS. Os profissionais de nível médio foram envolvidos “de acordo com as atividades e programações estabelecidas por cada equipe” (PA 1).

À medida que o município assumia essas atividades de capacitação, os profissionais deixavam de frequentar os cursos básicos oferecidos pelo estado: “a SMS [...] enviava profissionais [...] somente para aprofundamentos e atualizações ministrados pela SES” (GP 1).

Os cursos de atualização fornecidos pela SES, voltados para a capacitação específica sobre hanseníase, englobavam os seguintes conteúdos: indicadores, diagnóstico clínico e diferencial, tratamento, exame de contato, abordagem do menor de 15 anos, imunologia, estigma, prevenção de incapacidades. De modo geral, os conteúdos ministrados foram considerados satisfatórios, porém, “a avaliação neurológica simplificada deixava a desejar”. (PA 1)

À medida que havia profissionais no município previamente capacitados e que já assistiam pessoas com hanseníase, aquelas equipes que tinham dificuldades no atendimento referenciavam os pacientes para

outras EqSF, mais experientes, para confirmar o diagnóstico e os pacientes seguiam tratamento em suas UBSF de origem.

Sob o ponto de vista da educação permanente, a capacitação para as ACH foi adquirindo nova configuração, com maior abordagem de conteúdo prático, “quando a Coordenação de Educação Permanente – CEP assumiu as atividades de capacitação, que incluem cursos e oficinas” (GP 3).

Supervisão

Acerca de supervisão, no início do processo da integração do PCH na AB, as EqSF eram avaliadas mensalmente pela coordenação da AB do município, considerando-se os aspectos: atendimentos realizados, indicadores de forma geral e necessidades dos profissionais e serviços. As supervisões funcionavam como apoio técnico, administrativo, sem que ganhassem uma conformação mais aprofundada. Também foi referido não haver atividades programáticas de avaliação e monitoramento contínuos. O depoimento a seguir anuncia a percepção de inconsistência das supervisões:

Eu não tinha supervisão [...]. Eu tinha apoio técnico, administrativo. A coordenação municipal e a estadual passavam pra ver se tava tudo bem, olhar formulários, se eu precisava de material, essas coisas. (PA 1)

4.1.2 Contexto atual das ações programáticas

Sob a perspectiva da ação programática em saúde (Nemes, 1995; 2000), a descrição do contexto atual de funcionamento do PCH na rotina dos

serviços aqui apresentada reflete o condensado de depoimentos colhidos dos informantes-chave.

Inserção das ACH no conjunto de ações da AB

Considerada historicamente endêmica para hanseníase, Aracaju vivenciou, após a implantação do PCH na AB, um incremento no número de casos diagnosticados. Os entrevistados destacam que a focalização das ações na ESF promoveu a melhora do acesso aos serviços, conjuntamente com o aumento da oferta de PQT. Contudo, sugerem que esses aspectos positivos não estão sendo necessariamente acompanhados de melhorias na assistência:

Quando descentralizou e teve mais unidades capazes de fazer diagnóstico, esse diagnóstico aumentou, ele até melhorou. A questão toda é fazer esse acompanhamento. (GP 1)

Nas UBSF investigadas, há grande demanda referente ao trabalho dos diferentes membros das EqSF, dificultando a priorização das ACH. As principais necessidades detectadas referem-se a doenças crônicas, como hipertensão e diabetes, cujos serviços são mais utilizados por idosos. Os entrevistados relacionam a “sobrecarga de trabalho” (GUSF 2; GUSF 6) a que os profissionais das EqSF estão submetidos ao desempenho conjunto desses diferentes Programas:

É uma unidade (UBSF) com muita demanda espontânea e os programas não estão bem definidos e bem trabalhados (PA 3).

Este achado é compatível com o que foi observado por investigadores como Lanza (2009) e Fuzikawa (2007).

Acerca do envolvimento dos profissionais das EqSF com as ações do PCH na AB, os depoimentos confluem para a compreensão de que há deficiências no engajamento destes trabalhadores na responsabilização conjunta, planejamento e execução das ACH. Como apontado por um informante-chave, ele reconhece que na dinâmica do Programa, no nível municipal, os profissionais das EqSF “não são corresponsabilizados” (GP 3) pelo planejamento e organização das ACH, em alguns casos, até exemplificado pela “falta de interesse” (GP 3) em participar de reuniões mensais com a equipe de saúde para avaliar indicadores e traçar estratégias de intervenção. Depreende-se que os profissionais das EqSF são responsabilizados apenas pela assistência aos doentes.

Ainda sobre a escassa colaboração das equipes no planejamento e elaboração das ações programáticas de hanseníase, uma das características apontadas pelos gerentes das UBSF é que os profissionais das EqSF “Não trabalham em conjunto. Cada equipe trabalha isolada, não existem condições que favoreçam um planejamento das ações” (GUSF 8).

Em outra direção, sob a ótica de dois dos gerentes, no âmbito da UBSF, suas falas são discordantes das demais e, em síntese, consideram que as equipes “são responsáveis pela elaboração das ações e cada equipe fica responsável por determinados dias de atividades” (GUSF 10). Nesse contexto parece que os discursos desses dois informantes estavam

marcados por uma concepção de Programa fortemente atrelada a atividades de diagnóstico e oferta de PQT.

A fala de um dos profissionais da assistência reflete uma visão semelhante, com relação à assistência direta ao doente. O depoimento desse informante-chave confirma a concepção de um desempenho de tarefa em que o profissional considera sua ação em conformidade com o programa nacional, revelando uma linha de cuidado dirigida à intervenção curativa:

Com relação ao controle da hanseníase [...] o meu trabalho é feito da forma que deveria ser feito, mesmo. Eu não sinto dificuldade, até mesmo porque o número de casos aqui é bem pequeno. Se fosse num âmbito mais geral eu poderia citar uma série de dificuldades, mas com relação específica à hanseníase, por ser um quantitativo bem menor, a gente consegue dar a assistência devida (ao doente), de acordo com o que o protocolo determina. (PA 3)

De modo geral, com relação aos núcleos de saberes e práticas, quanto ao desempenho das tarefas pelos trabalhadores das EqSF, os depoimentos confluem para a idéia de que a implantação do PCH nas UBSF está centrada na execução de “diagnóstico e fornecimento da PQT” (GP 3), configurando um modo de operação desprovido da complexidade tecnológica e abrangência que as ações de vigilância contemplam para um agravo como hanseníase, ou seja, sem considerar o seu contexto ampliado, conforme regimentado na Portaria Conjunta 125, de 26 de março de 2009, em vigor quando da realização da pesquisa, e pelos preceitos básicos da AB (Brasil, 2006c).

Nas falas, os informantes expressam um desequilíbrio na distribuição de atribuições, em que o profissional da enfermagem acumula um maior

número de tarefas. Além da assistência, a responsabilidade sobre a organização e planejamento das ACH, ademais das ações desenvolvidas no cotidiano do PSF, a assimilação do controle burocrático e alimentação dos sistemas de informação recaem sobre o profissional enfermeiro: “existe a sobrecarga de trabalho para o enfermeiro” (PA 3).

Não apenas as ACH, mas as ações do PSF como um todo caracterizam, segundo os entrevistados, um modelo de assistência focado no trabalho do profissional de enfermagem:

Eu percebo aqui na unidade, não só na nossa unidade, mas no município de Aracaju, a deficiência de implantação do PSF. Nosso modelo não é “medicocentrado”, é “enfermeirocentrado” o nosso PSF. (GUSF 2)

Já o profissional médico, em geral, permanece atuando segundo um modelo predominantemente curativo e centrado nas consultas:

[...] os médicos geralmente dão o diagnóstico, definem o tratamento. Então, em relação à notificação, educação em saúde... é difícil a gente ver um médico nessas atribuições. (GP 3)

Capacitação

O Centro de Educação Permanente do município é responsável pelas capacitações oferecidas no âmbito do PSF (GP 3). Os entrevistados referem que, na conjuntura atual, a estratégia adotada pela coordenação municipal do PCH para educação permanente mostrou-se compatível com as diretrizes fornecidas pelo Ministério da Saúde (GP 2; GP 3), que em seus critérios estabelecidos para a realização de capacitações, orientam que elas sejam

priorizadas com base nos problemas diários do trabalho e atinentes à esfera da atenção em saúde e à organização do trabalho (Brasil, 2006d).

Este achado difere da situação previamente descrita sobre capacitações para os profissionais que vivenciaram a implantação das ACH nas primeiras EqSF. Segundo os depoimentos, observa-se que houve um avanço nesse aspecto, pois as capacitações são, atualmente, “constantemente oferecidas” (PA 2; PA 3; GP 3) para as EqSF – pessoal de nível médio e superior.

Na direção inversa, os gerentes de UBSF avaliadas declaram não ter recebido capacitação específica sobre hanseníase e expressam seu desconhecimento técnico sobre as ações programáticas para o agravo hanseníase, conforme será comentado adiante.

Supervisão

Predominantemente o enfermeiro é inserido nesta atividade por desempenhar função como “agente administrador de papéis, formulários e envio de boletins” (PA 2). Dista de uma perspectiva mais ampliada de supervisão o fato de que os médicos não são arrolados para participar dessas atividades, assim como outros membros das equipes.

A supervisão é feita por profissionais que pertencem à coordenação, que vem, analisam prontuário, analisam conduta, exames, acompanhamento de registros e prontuários. [...] Geralmente o médico nunca para para participar disso, sempre é mais o enfermeiro. Porque o médico fica ‘condenado’ praticamente à consulta. (PA 2)

Depreende-se que, ao passo que os componentes referentes à notificação e acompanhamento de dados epidemiológicos são objetos preponderantes das supervisões e associados à enfermagem, os assuntos de ordem clínica relacionados ao exercício da função médica ficam em segundo plano, sem que uma abordagem ampliada do Programa seja contemplada neste padrão de supervisão e extensiva para outras ações de vigilância em hanseníase. Segundo informações de um gerente de UBSF sobre as supervisões:

Nós temos um relacionamento bom, via telefone, com o pessoal (*Coordenação PCH municipal*), eles tiram dúvidas. De vez em quando vem uma menina da secretaria aqui pra saber se está tudo bem, mas nada de supervisão estrutural. (GUBS 9)

A informação acima foi reiterada nas palavras de um dos profissionais da gestão:

Não é feita supervisão de hanseníase. É feita supervisão onde as pessoas vão às Unidades pra ver o que, de modo geral, está acontecendo. Mas aquelas supervisões específicas de hanseníase, isso é uma fragilidade. (GP 1)

Sistema de informação

Embora as informações estejam disponibilizadas por meio das fichas de notificação e de boletins periódicos enviados pelas UBSF, os entrevistados chamam atenção para escassez de registros em prontuários, comprometendo a confiabilidade dos dados:

A informação, em termos de registro em prontuários, deixa muito a desejar. Poucos são os profissionais que querem registrar as anotações que devem ser feitas. A maioria omite ou registra o mínimo necessário. [...] É tanto que a gente tem comprometimento na informação, nos boletins, por falta de registro no prontuário. (PA 2)

Avaliação de incapacidades

Sobre a avaliação do grau de incapacidade, esta ação não é realizada rotineiramente por todos os profissionais habilitados:

Geralmente quem faz (*a avaliação de incapacidades*) é o médico. A enfermeira também faz, mas geralmente o médico que faz. Mas são poucos, alguns fazem, outros não. (PA 2)

A principal explicação para o não cumprimento dessa tarefa é expressa na fala de um dos entrevistados: “a inabilidade para realizar a avaliação neurológica simplificada e, conseqüentemente, atribuir o grau de incapacidade corretamente” (GP 2), referindo-se ao baixo registro de incapacidades, que compromete a confiabilidade dos dados e a interpretação de indicadores epidemiológicos e operacionais relacionados a incapacidades.

Busca ativa

Dos oito gerentes entrevistados que referiram que a UBSF realizava busca ativa, apenas um deles reconheceu que esta ação era realizada a contento. Trata-se da UBSF com maior quantitativo de casos em registro ativo quando da realização da pesquisa e para a qual foram descritas as

ações de busca ativa com maior envolvimento da equipe (níveis médio e superior).

É necessário destacar que uma UBSF localizada na região central da cidade tem características especiais que a distinguem das demais do município: no mesmo prédio onde está instalada a ESF também é oferecido para a população atendimento ambulatorial por outros especialistas; por conta do espaço físico restrito, a unidade não comporta maior número de equipes e dispõe de cobertura de ACS para apenas 10% da população de sua área adscrita, o que foi apontado como fator limitante para o desenvolvimento de ações de vigilância, conforme relato:

Na minha área nunca foi detectada, nesses 5 anos, nenhuma hanseníase através do agente de saúde por busca ativa. (PA 3)

Vigilância de contatos

As atividades de exame de contatos e vacinação BCG são referidas pelos gerentes como praticadas nas UBSF. Entretanto, sob a perspectiva de um profissional envolvido com a gestão do PCH, as ações referentes à vigilância de contatos correspondem a uma frequência estimada de apenas 50% de contatos examinados, sugerindo práticas não assimiladas ou com comprometido aprofundamento técnico, conforme se nota no trecho abaixo:

A gente percebe que todas as pessoas (*referindo-se aos profissionais*) têm dúvidas até do que é contactante, a definição do que é um contato... quanto mais de quantas doses BCG vai aplicar! [...] Na realidade, quem está fazendo exames de contato, entre aspas, *está apenas vacinando*, não está realizando exame dermatoneurológico antes da vacinação. (GP 2)

Ações educativas e campanhas

Antes de o município assumir as capacitações sobre hanseníase para as EqSF, atividades como campanhas eram realizadas conjuntamente com a SES, voltadas para a “divulgação de sinais e sintomas para estimular diagnóstico precoce” (GP 1). Após a implantação, “as campanhas tinham um caráter local” (PA 1). Uma iniciativa de destaque no município surgiu espontaneamente de uma EqSF e foi denominada “*Dia da mancha*”. Devido ao êxito da iniciativa, outras UBSF também se interessaram pela estratégia e “a SMS instituiu o *Dia da mancha*” (PA 1), porém a iniciativa não teve a continuidade esperada devido à limitação de recursos do Programa:

Houve um estímulo para que se realizassem campanhas. Muitas unidades básicas chegaram a programar essas campanhas, porém, a própria rede institucional não colaborou suficiente para que elas tivessem êxito, no caso, no fornecimento de carro para divulgar, a propaganda, impressos, folhetos... então tudo isso ficou escasso, desapareceu. (PA 2)

Campanhas não foram mencionadas dentre as atividades desenvolvidas para a população, assim como nenhuma atividade de grupo sobre hanseníase também não integra o cardápio das atividades desenvolvidas nas UBSF. As ações educativas foram citadas como realizadas em três das UBSF, mas os gerentes não souberam especificar a periodicidade nem os tipos de atividades desempenhadas.

Ações de Prevenção de Incapacidades

Das dez UBSF investigadas, as ações de prevenção de incapacidades foram referidas como realizadas em apenas uma delas.

Depreende-se que as medidas de prevenção de incapacidades ainda não foram incorporadas às rotinas das UBSF.

Não faz prevenção, não faz acompanhamento pós-alta.
[...] A prevenção de incapacidade não está sendo feita
O atendimento está sendo feito só de um lado. (PA 4)

Ações de diagnóstico e tratamento

Segundo os entrevistados, o aporte laboratorial é disponibilizado sem dificuldades pela rede municipal e agendado por meio da central de marcação de exames. Em todas as UBS a coleta de linfa é realizada pelos técnicos do laboratório municipal em até o máximo de dois dias após o agendamento. Outros exames são realizados “conforme agendamento” na rede municipal ou rede credenciada (GP 3).

O diagrama abaixo, que representa o fluxo de atendimento na rotina do PCH nas UBSF (figura 3), foi montado a partir das descrições dos informantes-chave. Desde a figura, pode-se inferir que o processo de trabalho foi pautado e centrado em atividades diagnósticas e oferta de PQT.

Figura 3. Diagrama do fluxo de atendimento na rotina do PCH nas UBSF

O ingresso do paciente no PCH foi descrito, em geral, por demanda espontânea, motivado por queixas de manchas sem sensibilidade. De acordo com a descrição oferecida pelos entrevistados, a partir do acolhimento, os casos não suspeitos de hanseníase podem ser encaminhados para o fluxo usual dos serviços disponibilizados pela UBSF e, os casos suspeitos, encaminhados para consulta médica. Quanto à atividade diagnóstica, as falas coletadas sintetizam que parte dos médicos fazem o diagnóstico clínico, contudo, a outra parte depende de exames complementares para estabelecer o diagnóstico. Há os que “lançam [...] mão do exame anatomopatológico. Outros também, por sua insegurança, lançam mão da Referência para diagnóstico de casos simples.” (GP 2)

O trecho a seguir ilustra um exemplo de retardo para o diagnóstico:

Existe uma divergência entre profissionais (referindo-se ao diagnóstico). Tem profissionais que o paciente pode ter dez lesões com perda de sensibilidade e não querem iniciar o tratamento. Depende da cultura e da atualização profissional. Tem profissionais que insistem, o paciente fica um ano, dois, esperando fazer exame e ele não inicia o tratamento. (PA 3)

Após o estabelecimento do diagnóstico do caso de hanseníase, a PQT foi referida como usualmente iniciada na mesma data, pois as UBSF contam com a reserva de cartelas para eventual caso novo ou poderiam ser supridas prontamente pela SMS com PQT no mesmo dia ou dia seguinte à solicitação:

Sempre a gente tem aqui na unidade um *kit* a mais [...]. Mas a gente sempre pede um *kit* a mais para que a gente possa iniciar no mesmo dia em que o paciente chegue na unidade. (PA 3)

Para situações que cursam sem intercorrências, a condução do tratamento foi mencionada como sob a responsabilidade da UBSF. A depender da complexidade de intercorrências e complicações que surjam no curso da doença, os informantes referiram que a UR pode ser acionada para assessorar casos em que a UBSF tem dificuldade de conduzir o tratamento.

Desempenho atual da UR

A UR para hanseníase está instalada no CEMAR Augusto Franco e presta assistência à capital e aos demais municípios do Estado. O Hospital Universitário não se encaixa nessa classificação mas disponibiliza atendimento por especialistas nos casos de as pessoas com hanseníase apresentarem outras demandas relacionadas à doença.

A integração proporcionada pelo estabelecimento de mecanismos de referência e contrarreferência encontra-se prejudicada. Uma queixa referida pelos informantes-chave refere-se ao descumprimento de orientações e rotinas na contrarreferência de pacientes, da UR para as UBSF, uma vez que alguns pacientes foram encaminhados para a UR com formulário de encaminhamento, mas não houve devolutiva com formulário de contrarreferência ou os pacientes foram mantidos em tratamento na UR sem justificativa técnica. Uma das falas ilustra a dificuldade no estabelecimento de referência e contrarreferência para os pacientes assistidos:

A gente não sabe o que está acontecendo com ele (o *paciente*). Não houve uma contrarreferência e o paciente não é devolvido para a UBSF, não retorna à Unidade porque está na Referência. (PA 3)

Embora a UR tenha como função dar respaldo para as UBSF no atendimento especializado, os depoimentos de informantes-chave denotam o empobrecimento do papel técnico, restrito envolvimento multiprofissional na assistência e precariedade por falta de recursos humanos. Comentam:

Não tem profissionais que se envolvem com a doença. [...] Não tem uma equipe multiprofissional como tinha antes e isso é uma coisa que se perdeu. A grande falha é a falta de profissional e de profissional envolvido e com qualidade. (GP 1)

Os entrevistados consideram que a UR está em um “momento de transição” (GP 2) e que as condutas realizadas ainda “fogem” (GP 2) às proposições do PCH: “A gente precisa que a Referência fale a língua das unidades de saúde, fale a língua do Programa.” (GP 2).

Compreendem que a UR não está cumprindo sua função como referência pois, embora receba pacientes encaminhados pelas UBSF, presta-se, majoritariamente, a atender a demanda espontânea, funcionando como “porta de entrada.” (GP 2).

A SMS demonstra ter conhecimento da situação operacional da UR, e refere estar envolvida na elaboração de uma proposta de readequação do serviço por meio de um plano de trabalho de qualificação e substituição do pessoal, com vistas à melhoria e adequação do serviço para os moldes de um serviço de referência que atenda a contento as demandas do Programa:

Então, pelo que eu sei é isso que está se fazendo pela Secretaria Municipal: melhor qualificar esses profissionais, pensar em outras pessoas. [...] Eu sei que tá havendo uma mobilização dentro da SMS pra qualificar mais essa UR e fazer dela uma Referência, mas a atenção hoje prestada não é adequada. (GP 1)

Atividades da gerência

Os gerentes das UBSF que integraram a pesquisa estão assim distribuídos, segundo formação acadêmica: 5 assistentes sociais, 2 odontólogos, 1 administrador, 1 geógrafo, 1 professor de educação física.

Os gerentes apontam para a ausência de capacitação específica sobre Hanseníase e suas ações de controle:

Para o caso da hanseníase, mesmo, eu estou muito pouco inteirada [...] o que mais me deixa angustiada é a falta de preparo, capacitação. [...] Eu não recebi nenhum treinamento [...]. Eu aprendi aqui na pancada, sabe! É necessário, mesmo, uma capacitação pra gente em todos os aspectos. [...] preciso de capacitação! (GUSF 2)

Os entrevistados parecem associar essa falta de capacitação a uma impossibilidade de exercerem completamente as funções de gerenciamento:

Não tive capacitação em hanseníase e fico um pouco por fora, sem poder cobrar alguma coisa porque não sei que existe aquilo (GUSF 7).

É possível, ainda, identificar uma postura diversa, em que o gerente afirma estar dando conta das atribuições. Porém, sua fala sugere um exercício mais burocrático da função.

Ainda não estou bem inteirada e tudo que os profissionais tem solicitado à gerência, a gerência solicita aos órgãos competentes e temos dado conta da necessidade para o controle da doença (GUSF 5).

Na fala dos entrevistados, percebe-se a ausência de densidade tecnológica do trabalho de gerência, reflexo do esvaziamento do caráter técnico da função. O trabalho gerencial nas UBSF mostra-se burocratizado, restrito a funções administrativas como “cobrança de papel” (GUSF 4) e

desprovido de “conhecimento” (GUSF 2, GUSF 9) acerca das ações programáticas de hanseníase, sua dinâmica e desempenho. Nas palavras de um entrevistado:

A gente conhece mais do senso comum. [...] Conhecimento epidemiológico, sistemático, mais técnico, a gente não tem. Então, como a gente trabalha dessa forma? (GUSF 2)

É marcante a inobservância de um campo de competência comum nos relatos obtidos dos gerentes e dos profissionais da assistência. Depreende-se que o campo das competências e habilidades não está sendo compartilhado pelos profissionais, de diferentes categorias, que exercem essa função. Os gerentes transferem parte de seu “papel” técnico para outros profissionais que eles mesmos julgam mais capacitados ou detentores de “conhecimento” (GUSF 2, GUSF 9) para executá-lo: enfermeiros e médicos.

Na verdade, meu papel deveria ser de contribuir mais, mas a gente termina no dia a dia se deixando levar e passando a bola para pessoas que detém, mesmo, o saber científico, que são os enfermeiros e os médicos, e a gente fica com essa parte mais, como a gente diz, mais dura da coisa, que é os dados, a coisa em que geralmente o gerente se envolve. (GUSF 9)

Os gerentes não coordenam nem participam efetivamente da elaboração da programação das ACH locais: “Até o momento eu não tive nenhuma ação efetiva sobre a hanseníase” (GUSF 7). Sua participação compreende apenas exercer controle burocrático referente ao envio de dados para a SMS, controle e distribuição da medicação e eventuais encaminhamentos de usuários para outros serviços:

Na verdade, eu digo que não sou gerente, eu sou bombeiro. Termino ficando apagando fogo. [...] Eu não me envolvo muito com o programa de hanseníase. Ele fica mais a cargo dos enfermeiros e médicos. O meu trabalho com Hanseníase é assim: os dados que se mandam para a secretaria, é saber se os pacientes são atendidos, é saber se tem o medicamento, se alguém voltou sem ser atendido, quantas pessoas tem naquele mês, se alguém está de alta. Fico mais no trabalho burocrático, mesmo. (GUSF 9)

Todas as gerências referiram enviar fichas de notificação e boletins de acompanhamento, segundo o fluxo estabelecido pela SMS. Contudo, as informações epidemiológicas não são utilizadas pelas UBSF para orientar a dinâmica dos serviços nem as ações de hanseníase que devem ser trabalhadas. Nenhuma das gerências reportou construir seus próprios indicadores ou consolidar dados, tampouco analisar a situação epidemiológica e operacional da hanseníase em sua área de abrangência nem divulgar informações epidemiológicas sobre a situação da hanseníase para a comunidade.

Os gerentes têm, ainda, pouca participação na organização e viabilização de recursos humanos para hanseníase. Não fazem qualquer articulação com organizações comunitárias ou ONG. Nenhuma das gerências referiu realizar atividades de supervisão do trabalho desenvolvido pelas EqSF.

Atividades como aprazamento de pacientes, manutenção de arquivos, controle de faltosos e de PQT são atividades anunciadas como pertencentes a cada EqSF.

Participação comunitária

Sobre a participação comunitária e controle social, os depoimentos expressam que nas UBSF investigadas, com relação às ACH, a participação nos Conselhos Locais de Saúde é incipiente. A fala “Temos contato com o Conselho Local de Saúde, mas não para discutir Hanseníase.” (GUSF 3) acusa que gerência e representação coletiva não dialogam sobre a problemática da hanseníase no nível local.

Aparentemente, a responsabilidade de estabelecer essa parceria não é assumida pela gerência, e sim atribuída ao próprio Conselho Local de Saúde, como expressam as falas a seguir: “Existe sempre a resistência dos conselheiros de estar aqui (na UBSF) conosco.” (GUSF 5); “Tem o Conselho Local de Saúde, mas desde que estou nesta UBS esse tema da hanseníase nunca foi tratado no Conselho.” (GUSF 2)

4.2 Desempenho das UBSF e UR na implantação do PCH

No município de Aracaju a implantação da ESF ocorreu em 1998, na perspectiva de mudança do modelo de assistência à saúde desenvolvido na Atenção Primária (Almeida et al., 2010). A implantação do PCH na AB ocorreu oficialmente a partir do ano de 2000, em conformidade com a Portaria n. 816 de 26 de julho de 2000, que aprovou as diretrizes destinadas a orientar as medidas de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle de

hanseníase em todos os níveis do SUS, principalmente na AB (Brasil, 2000b).

Considerando a estruturação e preparo das EqSF para a implantação das ACH na rede básica, o ano 2001 foi denominado, nesta pesquisa, como o ano inicial da implantação do PCH na AB. No período “pós-implantação” foram registrados 1.469 casos de hanseníase, residentes e domiciliados no município de Aracaju, dos quais 699 (47,58%) e 693 (47,17%) foram notificados, respectivamente em UBSF e UR. Instituições hospitalares ou consultórios médicos privados diagnosticaram 77 (5,24%) casos da doença e aqui estes serviços de saúde foram considerados como “outros serviços de saúde”. A tabela 1 apresenta a distribuição dos casos, segundo o tipo de unidade de saúde notificadora. Para efeito de análise foram comparados apenas os dados das UBSF em relação à UR no período “pós-implantação” (n = 1392).

Tabela 1 – Número de casos diagnosticados por ano, segundo unidade de notificação, no período “pós-implantação” (n = 1392)¹

Ano	Total de Casos no município	Casos diagnosticados em UBSF		Casos diagnosticados na UR	
	n	n	(%)	N	(%)
2001	147	40	(27,21)	107	(72,79)
2002	164	49	(29,88)	115	(70,12)
2003	249	88	(35,34)	161	(64,66)
2004	240	120	(50,00)	120	(50,00)
2005	245	165	(67,35)	80	(32,65)
2006	188	141	(75,00)	47	(25,00)
2007	159	96	(60,38)	63	(39,62)
Total	1392	699	(50,22)	693	(49,78)

¹ Excluídos casos diagnosticados em outros serviços.

Considerando a totalidade de anos em estudo, a proporção de casos acompanhados em UBSF e UR manteve-se aproximada, contudo, percebe-se que nos anos iniciais do processo de implantação, a UR congregava

maior efetivo de casos diagnosticados no município. À medida que ocorreu ampliação do número de EqSF e as UBSF assumiam as ações do PCH e as integravam na sua rotina, houve um incremento de casos diagnosticados na AB, com inversão da proporção de casos diagnosticados, segundo o serviço de saúde onde o caso foi notificado. Este achado pode evidenciar a progressiva oferta de tratamento em UBSF, com um redirecionamento do fluxo de doentes que anteriormente se dirigiam à UR e a partir da expansão do PSF passam a buscar assistência nas UBSF.

No ano 2007, último ano da série histórica avaliada nesta pesquisa, verificou-se redução do percentual de casos diagnosticados na AB.

No período “pré-implantação” 40 casos novos de hanseníase foram diagnosticados fora da UR (tabela 2), assim distribuídos: antes da publicação da Portaria 816/2000 (Brasil, 2000b), em 1998 quatro UBSF diagnosticaram sete casos e o Hospital Universitário detectou cinco novos casos; até julho de 2000, 17 casos foram confirmados e notificados em cinco UBSF distintas; após a publicação da referida Portaria, 11 casos foram diagnosticados em cinco UBSF diferentes. Este dado aponta que previamente à publicação da Portaria n. 816/2000 (Brasil, 2000b), as EqSF pioneiras implantadas em Aracaju já iniciaram atividades voltadas para a hanseníase. Nesse período as EqSF notificadoras contavam com o suporte da UR estadual e da Coordenação Estadual do Programa de Hanseníase para acompanhamento dos casos e para PQT.

Tabela 2 – Distribuição dos casos de Hanseníase nos períodos “pré-implantação” e “pós-implantação” por local de notificação

Regional de saúde	Nome do Serviço de Saúde	Período	
		Pré-implantação	Pós-implantação
	Unidade de Referência ¹	740	693
	Outros serviços	5	77
Regional 1	C. Augusto Franco ²	—	24
	UBS Antônio Alves	—	9
	UBS Augusto Cesar Leite	—	2
	UBS Augusto Franco	—	39
	UBS João Bezerra	—	—
	UBS Niceu Dantas	—	3
	UBS Santa Terezinha	—	3
Regional 2	UBS Prof. Celso Daniel	—	15
	UBS Elizabete Pita	—	17
	UBS Geraldo Magela de Menezes	—	12
	UBS Humberto Mourão Guimarães	3	46
	UBS Osvaldo Leite	8	18
Regional 3	UBS Ávila Nabuco	—	4
	UBS Dona Sinhazinha	—	10
	UBS Hugo Gurgel	—	19
	UBS Dr. Max de Carvalho Rocha	—	6
	UBS Ministro Costa Cavalcante	—	3
Regional 4	UBS Adel Nunes	—	23
	UBS Edézio Vieira de Melo	—	17
	UBS Fernando Sampaio	—	7
	UBS Joaldo Barbosa	—	13
	UBS Irmã Caridade	—	—
	UBS Madre Tereza de Calcutá	—	3
	UBS Manoel De Souza Pereira	—	3
Regional 5	UBS Amélia Leite	—	6
	UBS Cândida Alves	—	11
	UBS Dona Jovem Azevedo	—	23
	UBS Maria do Céu Santos Pereira	—	1
	UBS Oswaldo de Souza (CAIC) ³	—	11
	UBS Pedro Averan ⁴	1	7
Regional 6	UBS Eunice Barbosa de Oliveira	—	14
	UBS Francisco Fonseca	—	9
	UBS Jose Augusto Barreto	—	9
	UBS Jose Quintiliano da F. Sobral	1	32
	UBS Porto Dantas	1	4
Regional 7	UBS Anélia Pina de Assis	—	16
	UBS João Cardoso Nascimento Jr	7	13
	UBS João de Oliveira Sobral	—	15
	UBS Jose Machado de Souza	—	33
	UBS Renato Mazze Lucas	—	10
Regional 8	UBS Carlos Fernandes de Melo	9	26
	UBS Carlos Hardman Cortes	—	3
	UBS Lauro Dantas Hora	—	47
	UBS Onésimo Pinto Filho	—	81
	UBS Walter Cardoso	5	32
Total		780	1469

¹ No ano 2000 a UR foi transferida para a UBS Dona Sinhazinha

² Não sediava a UR

³ A UBS atualmente denominada Oswaldo de Souza (CAIC) se chamava “UBSF Integrada do adolescente – CAIC”, nela foram notificados os 11 casos aqui informados.

⁴ A UBS Pedro Averan foi desativada no segundo semestre de 2005.

Na figura 4 é apresentada a distribuição da população de Aracaju por bairros. A figura 5 expõe a distribuição espacial dos casos notificados nas UBSF, segundo a região de saúde. Considerando os 699 casos notificados nas UBSF, o maior percentual encontra-se na 8ª regional de saúde.

Bairros

1. Centro	14. Novo Paraíso	27. Ponto Novo
2. Getúlio Vargas	15. América	28. Luzia
3. Cirurgia	16. Siqueira Campos	29. Grageru
4. Pereira Lobo	17. Soledade	30. Jardins
5. Suissa	18. Lamarão	31. Inácio Barbosa
6. Salgado Filho	19. Cidade Nova	32. São Conrado
7. 13 de Julho	20. Japãozinho	33. Farolândia
8. 18 do Forte	21. Porto Dantas	34. Coroa do Meio
9. Palestina	22. Bugio	35. Aeroporto
10. Santo Antônio	23. Jardim Centenário	36. Atalaia
11. Industrial	24. Olaria	37. Santa Mônica
12. Santos Dumont	25. Capucho	38. Zona de Expansão
13. José Conrado de Araújo	26. Jabotiana	39. São José

FONTE: Adaptado de Resende et al., 2009.

Figura 4 – Distribuição da população de Aracaju por bairros

Figura 5 – Distribuição de casos diagnosticados em UBSF, segundo a regional de saúde, no período “pós-implantação”.

A tabela 3 expressa o quantitativo de casos diagnosticados segundo a classificação operacional e local de tratamento. No conjunto dos anos avaliados observa-se que o padrão de diagnóstico confirmado para casos PB e MB permaneceu semelhante, entre as duas modalidades de unidades sanitárias avaliadas.

Tabela 3 – Proporção de casos MB e PB, segundo unidade notificadora (n = 1392)¹

Ano	Casos novos (UBSF + UR) ¹ n	Casos diagnosticados na UBSF				Casos diagnosticados em UR			
		MB		PB		MB		PB	
		n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
2001	147	13	(8,84)	27	(18,37)	31	(21,09)	76	(51,70)
2002	164	20	(12,20)	29	(17,68)	46	(28,05)	69	(42,07)
2003	249	36	(14,46)	52	(20,88)	56	(22,49)	105	(42,17)
2004	240	49	(20,42)	71	(29,58)	54	(22,50)	66	(27,50)
2005	245	54	(22,04)	111	(45,31)	29	(11,84)	51	(20,82)
2006	188	60	(31,91)	81	(43,09)	21	(11,17)	26	(13,83)
2007	159	34	(21,38)	62	(38,99)	27	(16,98)	36	(22,64)
Total	1392	266	(19,11)	433	(31,11)	264	(18,97)	429	(30,82)

¹ Excluídos casos diagnosticados em outros serviços.

A tabela 4 apresenta a distribuição de casos diagnosticados por meio de exame de contato, sendo este considerado como um “Proxy” do resultado do processo de implantação. Verifica-se que no conjunto dos anos a UR confirmou maior número de casos por meio de exame de contato que as UBSF. Entretanto, quando analisado ano a ano, a partir do ano 2004 as UBSF avançam em relação à UR no diagnóstico da doença em comunicantes.

Tabela 4 – Proporção de casos novos diagnosticados por meio de exame de contatos nas UBSF e UR (n = 1392)¹

Ano	Casos novos (UBSF + UR) ¹ n	Casos diagnosticados na UBSF, por exame de contato		Casos diagnosticados na UR, por exame de contato	
		n	(%)	n	(%)
2001	147	1	0,68	7	4,76
2002	164	1	0,61	2	1,22
2003	249	1	0,4	6	2,41
2004	240	5	2,08	10	4,17
2005	245	9	3,67	1	0,41
2006	188	6	3,19	3	1,6
2007	159	4	2,52	3	1,89
Total	1392	27	1,94	32	2,3

¹ Excluídos casos diagnosticados em outros serviços.

Quanto à distribuição dos casos com GI avaliado no momento do diagnóstico, este indicador da qualidade das ações e do atendimento prestado pelos serviços de saúde (Brasil, 2010) compara o percentual de

casos com GI avaliado entre os casos diagnosticados a cada ano. A tabela 5 exibe os dados das UBSF e da UR. Constata-se que o desempenho desta tarefa pelas UBSF foi superior ao da UR a partir do ano 2003.

Tabela 5 – Proporção de casos novos com o GI avaliado no diagnóstico, segundo unidade notificadora (n = 1392)¹

Ano	UBSF			UR		
	Casos novos	Casos com GI avaliado no diagnóstico		Casos novos	Casos com GI avaliado no diagnóstico	
	n	n	(%)	n	n	(%)
2001	40	29	(72,5)	107	93	(86,92)
2002	49	11	(22,45)	115	29	(25,22)
2003	88	74	(84,09)	161	127	(78,88)
2004	120	101	(84,17)	120	65	(54,17)
2005	165	149	(90,3)	80	66	(82,5)
2006	141	127	(90,070)	47	23	(48,94)
2007	96	85	(88,54)	63	20	(31,75)
Total	699	576	(82,4)	693	423	(61,04)

¹ Excluídos casos diagnosticados em outros serviços.

Ao longo do tratamento alguns pacientes foram transferidos de um serviço de saúde para outro, dentro da rede de assistência estabelecida no município. Os dados relativos ao “local de início da PQT” levam em conta o tipo de unidade sanitária onde o caso foi notificado e iniciado o tratamento. Os dados referentes ao local de “conclusão da PQT” consideram a modalidade da unidade de saúde onde o paciente concluiu o tratamento ou à qual estava vinculado na data da realização da pesquisa e onde recebia PQT. De 1469 casos notificados no período “pós-implantação”, 1378 concluíram a PQT ou estavam em registro ativo nas UBSF ou UR até o último ano da série analisada. Os outros 91 casos eram referentes a “outros” serviços de saúde. A tabela 6 é uma síntese desses 1378 casos e descreve o tipo de unidade de saúde onde o caso foi notificado e concluiu o

tratamento, dos anos 2001 a 2007. Observa-se que 42,8% dos casos foram tratados exclusivamente na UR e somente 7,1% foram transferidos da UR para a AB. Neste sentido, ainda que historicamente a UR atenda uma grande demanda espontânea de casos de hanseníase no município, existe necessidade de investigar e aprofundar os motivos determinantes do extenso quantitativo de pessoas assistidas naquele serviço, sem que elas tenham sido orientadas, transferidas ou encaminhadas para realizar seus acompanhamentos nas unidades de saúde próximas às suas residências.

Tabela 6 – Distribuição de casos por local de início e final de PQT “alta”, no período “pós-implantação”

US - início da PQT	US - Final da PQT (anos 2001 a 2007) ^{1,2}					
	UR		UBSF		Total	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
UR	590	(42,8)	98	(7,1)	688	(49,9)
UBS	15	(1,1)	675	(49)	690	(50,1)
Total	605	(43,9)	773	(56,1)	1378	(100)

¹ Considerou-se a Unidade de Saúde atual para aqueles casos que ainda não tinham concluído a PQT (caso em aberto).

² Dados referentes apenas a UBSF e UR. Excluídos 91 casos assistidos em outros serviços.

Na tabela 7 observam-se as proporções de casos que saíram do registro com o tratamento concluído – “cura”, independente do tipo de unidade sanitária onde o caso foi notificado. Analisados separadamente, no conjunto de pacientes tratados nas UBSF o percentual de pessoas que saíram do registro com tratamento concluído foi 9,74% superior ao verificado para os casos tratados na UR. Embora o cálculo aqui apresentado não tenha sido efetuado com os anos das coortes, mas tenha considerado tão somente o registro de saída no banco do SINAN, verifica-se que as UBSF se mostraram mais hábeis para reter os pacientes no serviço e conduzir o tratamento até a conclusão da PQT.

Tabela 7 – Proporção de casos que saíram do registro com PQT concluída, segundo unidade onde o tratamento foi concluído (n = 1400)¹

Ano	UBSF			UR		
	Casos	Saída como “Cura”		Casos	Saída como “Cura”	
	N	n	%	n	n	%
2001	35	27	77,14	106	98	92,45
2002	57	54	94,74	111	98	88,29
2003	93	87	93,55	153	136	88,89
2004	142	124	87,32	98	89	90,82
2005	203	185	91,13	48	43	89,58
2006	161	144	89,44	32	28	87,50
2007 ²	105	72	68,57	56	41	73,21
Total	796	780	97,99	604	533	88,25

¹ Excluídos casos que concluíram PQT em outros serviços.

² Embora os dados tenham sido coletados no ano 2009, as informações sobre o ano 2007 são parciais, pois havia casos em aberto.

Mais chamativo que o baixo desempenho da avaliação de incapacidades ao diagnóstico, os resultados relativos à avaliação e registro do GI no momento da alta da PQT (tabela 8) evidenciam que o desempenho da referida tarefa nas duas categorias de serviços de saúde não foi uniforme, mas convergem para a mesma situação de insuficiência, descumprimento da atividade e precariedade dos serviços (Brasil, 2010) durante todos os anos analisados.

Tabela 8 – Proporção de casos com o GI avaliado na alta da PQT, segundo unidade onde o tratamento foi concluído (n = 1400)¹

Ano	UBSF			UR		
	Casos	Casos com GI avaliado na CURA		Casos	Casos com GI avaliado na CURA	
	N	n	%	n	n	%
2001	35	11	31,43	106	45	42,45
2002	57	32	56,14	111	44	39,64
2003	93	46	49,46	153	66	43,14
2004	142	60	42,25	98	36	36,73
2005	203	71	34,98	48	23	47,92
2006	161	64	39,75	32	16	50,00
2007 ²	105	58	55,24	56	36	64,29
Total	796	342	42,96	604	266	44,04

¹ Excluídos os casos que concluíram PQT em outros serviços

² Embora os dados tenham sido coletados no ano 2009, as informações sobre o ano 2007 são parciais, pois havia casos em aberto.

4.3 Avaliação da dimensão do efeito

4.3.1 Indicadores do município para hanseníase

De 1996 a 2007 foram detectados 2.249 casos de hanseníase em Aracaju, município detentor do maior número de casos da doença em Sergipe. Os indicadores recomendados para o monitoramento e avaliação da endemia (Brasil, 2010), sob os aspectos de força de morbidade, magnitude e perfil epidemiológico, foram analisados anualmente.

Quando comparadas as taxas brutas de detecção geral e de detecção em menores de 15 anos, a endemia é, em quase todos os anos estudados, mais grave em Aracaju que no estado de Sergipe, no nordeste e no Brasil. As oscilações no período sugerem aumento na detecção geral nos anos posteriores à implantação do PCH na AB, ocorrida a partir do ano 2000. Destaca-se um pico da taxa de detecção verificada no ano 2003, que se manteve acima de 50/100.000 habitantes nos dois anos seguintes (tabela 9).

As taxas brutas de detecção em menores de 15 anos mostraram poucas variações, mais evidenciadas no período que se seguiu à implantação, com picos nos anos de 2002 a 2005, ano em que a taxa de detecção atingiu o ponto mais alto e foi maior que o dobro do ano anterior, conforme visto na tabela 9. A tendência da taxa de detecção em crianças apresentou padrão ligeiramente crescente, com taxas superiores às atribuídas ao Brasil em quase todos os anos do estudo (Brasil, 2009a).

Tabela 9 – Taxas de detecção geral e detecção em menores de 15 anos

Período	Ano	Taxa detecção geral (por 100.000 hab.)				Taxa detecção em < 15 anos (por 100.000 hab.)			
		Brasil	NE	SE	Aracaju ¹	Brasil	NE	SE	Aracaju ¹
Pré-implantação	1996	25,79	27,35	29,56	41,1	7,5	9,21	7,98	13,29
	1997	28,27	31,92	27,09	28,52	8,28	10,81	3,74	7,7
	1998	26,23	30,49	20,71	30,9	7,86	10,7	4,34	9,89
	1999	26,6	34,26	29,08	37,03	7,3	9,99	6,73	9,1
	2000	25,44	32	27,23	38,78	6,72	9,03	6,55	7,82
Pós-implantação	2001	26,61	33,39	17,33	31,81	6,96	9,33	4,12	5,39
	2002	28,33	35,05	23,67	35,65	7,47	9,86	6,33	13,7
	2003	29,37	38,66	31,85	53,56	7,98	10,91	8,15	13,54
	2004	28,24	38,75	28,95	50,04	7,68	10,71	7,24	15,61
	2005	26,86	38,67	33,54	51,94	7,34	11,15	9,58	18,09
	2006	23,37	32,28	25,84	41,95	6,22	9,23	6,28	8,57
	2007	21,19	31,75	26,02	35,16	6,07	9,35	7,5	6,94

FONTE: SINAN/SVS-MS. Dados disponíveis em 27/07/2009.

¹ Banco de dados utilizado pela pesquisa.

A taxa de detecção geral, nos anos de 2003 a 2006, e a taxa de detecção em menores de 15 anos, de 2002 a 2005, classificam o município como hiperendêmico. Nos demais anos o padrão da endemia foi classificada como muito alto (Brasil, 2010). Estas modificações no quadro epidemiológico da doença coincidem com a fase em que ocorreu a ampliação do quantitativo das EqSF que passaram a ser incorporadas à AB e com o aprofundamento do processo de implementação da ESF no município (Giovanella et al., 2009).

O indicador “proporção de casos com GI 2 entre os casos novos detectados e avaliados no ano”, calculado somente quando o percentual de casos com grau de incapacidade física avaliado for maior ou igual a 75% (Brasil, 2010), descrito na tabela 10, foi estabelecido para os anos 2001, 2002, 2003, 2005 e 2006, quando atingiu, respectivamente, 4,7%, 3,55%, 5,06%, 3,09% e 2,83%. Os outros anos não foram analisados devido a

inconsistências e por não ter sido alcançado o valor de 75% dos casos novos com incapacidade física avaliada. Ainda que sua interpretação aponte, dentro dos parâmetros adotados, baixo percentual de pessoas com incapacidades graves para o ano 2003, e médio percentual para os demais anos, este parâmetro não retrata todo o período em estudo devido à limitação para construção do indicador. Apenas no ano 2003, a proporção de casos com GI 2 entre os casos novos detectados e avaliados no ano superou o percentual na região nordeste. Em todos os outros anos, os valores foram inferiores aos do estado, da região e do país.

Tabela 10 – Proporção de casos com GI 2 entre os casos novos detectados e avaliados no ano

Período	Ano	Proporção de casos com GI 2 entre os casos novos detectados e avaliados no ano (%)			
		Brasil	NE	SE	Aracaju ^{1,2}
Pós-implantação	2001	6	5,5	5,1	4,7
	2002	5,9	5,3	4,9	3,55
	2003	5,6	4,6	5,6	5,06
	2004	5,8	5,1	6,3	–
	2005	5,8	5,2	4,9	3,09
	2006	5,7	5,3	3,4	2,83
	2007	9,4	8,8	6,7	–

FONTE: SINAN/SVS-MS. Dados disponíveis em 27/07/2009.

¹ Banco de dados utilizado pela pesquisa.

² Para o ano 1996, este indicador não foi calculado devido à possibilidade de falha de registro.

Nessa mesma direção, devido à baixa certificação de incapacidades avaliadas na cura, o indicador “proporção de casos de hanseníase curados, com GI 2 dentre os casos avaliados no momento da alta por cura” não foi calculado porque a proporção de casos com GI avaliado na alta do

tratamento não alcançou o percentual mínimo de 75%, em todos os anos (Brasil, 2010).

Embora o coeficiente de casos novos com GI 2 no diagnóstico por 1 milhão de habitantes tenha sido calculado (tabela 11), é reconhecida a limitação deste estudo para avaliar e interpretar este indicador (Oliveira et al., 2010), o qual exhibe padrão instável, variando de 0 (zero) a 27,10 por 1 milhão de habitantes. Esta restrição é possivelmente atribuída à insuficiência de dados e ao sub-registro de incapacidades físicas no diagnóstico, principalmente nos anos de 1996 a 2000, cujo percentual médio do GI avaliado foi inferior a 75%. Considerando o período “pós-implantação”, verifica-se que houve um acréscimo neste coeficiente que expressa o número de pessoas com deformidades atribuíveis à hanseníase, entre a população geral, quando comparado ao período anterior, com o alcance de um pico no ano 2003. Entretanto, considere-se aqui a inconsistência de dados sobre registro de incapacidades, principalmente nos primeiros anos da série analisada. Por outro lado, a escassez de registro das incapacidades e deformidades determinadas pela hanseníase pode ser mascarada se a avaliação de incapacidades não for investigada nem cumprida com o rigor técnico estabelecido.

Tabela 11 – Coeficiente de GI 2 nos casos novos por 1 milhão de habitantes no momento de diagnóstico

Período	Ano	Coeficiente de GI 2 nos casos novos por 1 milhão de habitantes no momento de diagnóstico
		Aracaju ¹
Pré-implantação	1996	21,02
	1997	0,00
	1998	4,54
	1999	2,24
	2000	13,00
Pós-Implantação	2001	14,95
	2002	12,66
	2003	27,10
	2004	18,54
	2005	16,04
	2006	11,87
	2007	15,63

¹ Banco de dados utilizado pela pesquisa.

Conforme visto na tabela 12, a proporção de menores de 15 anos com hanseníase, a cada ano, foi empregada como indicador epidemiológico complementar e exibiu redução de 9,65% em 1996 para 5,58% no ano 2000. O período “pós-implantação” foi iniciado em 2001 com um declínio da proporção de menores de 15 anos com a doença, em relação aos anos anteriores (4,69%). Verifica-se oscilação, com picos da proporção de acometimento, neste grupo etário, nos anos 2002 (quando atingiu 11%), 2004 e 2005. A análise descritiva dos 12 anos da série histórica sugere que a proporção de menores de 15 anos com a doença apresentou pequeno decréscimo nos dois últimos anos, quando em 2006 teve início a redução deste valor até atingir 5% em 2007, contudo, conforme abordado adiante, sem significância estatística.

Tabela 12 – Proporção de casos novos detectados em menores de 15 anos

Período	Ano	Proporção de casos novos detectados em < 15 anos (%)
		Aracaju ¹
Pré-implantação	1996	9,65
	1997	8,06
	1998	9,55
	1999	7,27
	2000	5,58
Pós-Implantação	2001	4,69
	2002	10,65
	2003	7
	2004	8,65
	2005	9,65
	2006	5,66
	2007	5

¹ Banco de dados utilizado pela pesquisa.

Aspectos relacionados aos indicadores da qualidade, das ações e serviços são expostos nas tabelas 13 e 14. Como indicador da qualidade do atendimento, a proporção de casos novos diagnosticados no ano com GI avaliado aponta dificuldades operacionais desde o nível local ao nacional. Embora no ano 1996 o percentual de GI avaliado no SINAN tenha alcançado quase 95,97%, este dado foi questionado devido à presumível falha no registro para aquele ano (tabela 13). Nesta mesma vertente, verificou-se que, em média, apenas 46% das pessoas que concluíram o tratamento tiveram o GI avaliado, este parâmetro variou de 20,11% a 61,11%, com melhora no último ano, mas sem atingir parâmetros aceitáveis.

Tabela 13 – Proporção de avaliação do GI entre casos novos e entre casos curados, no ano

Período	Ano	Proporção de casos novos com GI avaliado no diagnóstico (%)				Proporção de casos curados no ano com GI avaliado (%)			
		BR	NE	SE	Aracaju ¹	BR	NE	SE	Aracaju ¹
Pré-implantação	1996	...	...	...	95,97 ²	...	...	...	61,36
	1997	...	...	...	35,48	...	...	...	41,13
	1998	...	...	...	72,06	...	...	...	59,56
	1999	...	...	...	52,12	...	...	...	28,48
	2000	...	...	...	71,51	...	...	...	20,11
Pós-implantação	2001	84,7	85,7	81,6	83,2	64,7	59,7	56,7	38,26
	2002	84,2	85,6	79,9	76,33	63,1	56	55	44,97
	2003	84,9	84,6	83,1	79,77	60,9	50,8	62,2	47,86
	2004	84,8	84,2	77,9	69,55	60,4	50,9	64,7	40,74
	2005	85,5	85,3	86,1	88,03	58,9	47,5	53,9	38,22
	2006	86,6	87,9	85,1	79,72	60,6	53,1	47,9	41,04
	2007	83	85	75,1	68,33	55,1	47,8	53,2	61,11

FONTE: SINAN/SVS-MS. Dados disponíveis em 27/07/2009.

¹ Banco de dados utilizado pela pesquisa.

² Para o ano 1996, este dado de Aracaju provavelmente exhibe falha de registro.

Considerando a proporção de contatos examinados, observa-se uma inconsistência de dados nos anos de 1996 a 2000 que compromete sua interpretação, com distribuição muito irregular ao longo destes anos e concentrada no ano 1996. De 780 pacientes notificados no período “pré-implantação”, 97 deles tiveram contatos registrados no ano 1996, os outros nove pacientes com registro de contatos estavam distribuídos de 1997 a 2000. De 1996 a 2000 foram examinados 469 contatos referentes aos 106 casos que tinham registro de contactantes, em adição a outros 131 contatos de 25 doentes, para os quais não havia registro de contactantes, totalizando 568 contatos examinados no período. Este achado sinaliza falha de registro de dados e compromete a interpretação do indicador no período de 1996 a 2000. A tabela 14 apresenta apenas as informações referentes ao período

“pós-implantação”. Tal indicador foi considerado precário entre 2001 e 2004 e classificado como regular de 2005 a 2007 (Brasil, 2010). Do total de 4.070 contatos registrados de 2001 a 2007, 2.100 foram examinados. A constatação desses achados confirma a vigilância de contatos como uma atividade negligenciada no período “pré-implantação” e não priorizada na programação das ações de vigilância em saúde no município ao longo de toda a série histórica estudada.

Tabela 14 – Proporção de examinados entre contatos intradomiciliares registrados dos casos novos de hanseníase, no ano

Período	Ano	Proporção de examinados entre contatos intradomiciliares registrados dos casos novos de hanseníase no ano (%) ¹			
		BR	NE	SE	Aracaju ²
Pós-implantação	2001	67,9	72,94	53,6	13,9
	2002	68,0	53,45	53,3	24,1
	2003	52,7	47,27	65,8	29,7
	2004	43,9	41,18	61,8	49,1
	2005	45,5	48,04	67,1	71,9
	2006	49,7	42,46	62	67,1
	2007	49,8	44,66	68,5	67,9

FONTE: SINAN/SVS-MS. Dados disponíveis em 27/07/2009.

¹ Para os anos 1996 a 2000, este dado de Aracaju provavelmente exhibe falha de registro.

² Banco de dados utilizado pela pesquisa.

A proporção de casos que saíram do registro como “abandono” a cada ano, avaliada de acordo com a variável “tipo de saída” (tabela 15), foi empregada como indicador complementar e detectou redução no percentual de abandono no período “pós-implantação”, em relação ao período anterior, com instabilidade ao longo dos anos, quando passou de 9,6% no ano 1996 para 3,31% em 2007.

Tabela 15 – Proporção de saída do registro como “abandono”, no ano

Período	Ano	Proporção de abandono ¹ no ano (%) ²
		Aracaju ³
Pré- implantação	1996	9,65
	1997	4,03
	1998	7,35
	1999	4,24
	2000	2,79
Pós- Implantação	2001	4,02
	2002	5,32
	2003	2,72
	2004	2,05
	2005	3,50
	2006	3,38
	2007	3,31

FONTE: SINAN/SVS-MS. Dados disponíveis em 27/07/2009.

¹ A saída por "abandono": informada quando o doente que ainda não concluiu o tratamento não compareceu ao serviço de saúde nos últimos 12 meses, tanto nos casos PB quanto nos MB (Brasil, 2010).

² Excluídos os casos sem informação (missing), sendo 2 em 2005, 5 em 2006 e 29 em 2007.

³ Banco de dados utilizado pela pesquisa.

4.3.2 Características clínicas e epidemiológicas dos casos

A tabela 16 apresenta as características clínicas e epidemiológicas, considerando os dois blocos de anos, aqui referindo-se aos período “pré-implantação” e “pós-implantação” do PCH no município.

Tabela 16 – Características clínicas e epidemiológicas dos casos, segundo período de implantação do PCH nos serviços de saúde

Variável	Pré- implantação (1996-2000)		Pós-implantação (2001-2007)		p valor*
	n	(%)	n	(%)	
Sexo					
Masculino	400	(51,28)	708	(48,20)	0,164
Feminino	380	(48,72)	761	51,80)	
Total	780	(100)	1469	100	
Idade					
Menor de 15 anos	62	(7,95)	110	(7,49)	0,696
Maior de 15 anos	718	(92,05)	1359	(92,51)	
Total	780	(100)	1469	(100)	
Classificação Operacional					
PB	498	(63,85)	881	(59,97)	0,073
MB	282	(36,15)	588	(40,03)	
Total	780	(100)	1469	(100)	
Forma Clínica					
Indeterminada	207	(26,54)	381	(25,94)	< 0,001
Tuberculóide	285	(36,54)	453	(30,84)	
Dimorfa	91	(11,67)	233	(15,86)	
Virchowiana	183	(23,46)	276	(18,79)	
Sem informação	14	(1,79)	126	(8,58)	
Total	780	(100)	1469	(100)	
Grau de Incapacidade no diagnóstico (n = 2.249)					
GI 0 e 1	457	(58,59)	1.090	(74,20)	< 0,001
GI 2	18	(2,31)	57	(3,88)	
Sem informação	305	(39,10)	322	(21,92)	
Total	780	(100)	1.469	(100)	
Grau de Incapacidade ao final da PQT (n = 2.249)					
GI 0 e 1	321	(41,15)	631	(42,95)	< 0,023
GI 2	2	(0,26)	20	(1,36)	
Sem informação	457	(58,59)	818	(55,68)	
Total	780	(100)	1.469	(100)	
Modo de detecção (n = 2.249)					
Exame de contato	16	(2,05)	60	(4,08)	< 0,001
Outros	756	(96,92)	1.312	(89,31)	
Sem informação	8	(1,03)	97	(6,60)	
Total	780	(100)	1.469	(100)	
Tipo de saída do registro (n = 2.213)					
Cura	701	(89,87)	1.293	(90,23)	< 0008
Abandono	44	(5,64)	48	(3,35)	
Outros	35	(4,49)	92	(6,42)	
Total	780	(100)	1.433	(100)	

* χ^2 de Pearson

Em relação ao sexo, considerando a totalidade dos anos em estudo, o número de mulheres foi superior, no entanto, a distribuição de casos por sexo não mostrou diferença significativa nos dois períodos estudados ($p = 0,164$).

A média de idade dos pacientes no período “pré-implantação” foi de 37 anos ($dp = 18,93$) e no “pós-implantação” foi 38 anos ($dp = 13,7$), diferença não estatisticamente significativa. Dos 2.249 casos que foram incluídos, 2.077 (92,35%) deles tinham mais que 15 anos de idade quando diagnosticados. Quando comparados os dois momentos, a proporção de acometimento da doença em menores de 15 anos foi de 7,95% e 7,49% nos períodos “pré-implantação” e “pós-implantação”, respectivamente, porém, sem significância estatística ($p = 0,696$).

Em ambos os períodos, a maioria dos casos detectados eram paucibacilares (PB). Embora no período “pós-implantação” tenha ocorrido um incremento de 36,15% para 40,03% no número de multibacilares (MB) diagnosticados, essa diferença não foi estatisticamente significativa ($p = 0,073$). O percentual de casos na forma clínica indeterminada permaneceu aproximado, nos dois períodos, contudo, chama atenção o aumento nos casos que não foram classificados quanto à forma clínica no período “pós-implantação”, com diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$).

A proporção de casos novos com GI avaliado no diagnóstico foi de 60,9% e 78,08% para os períodos “pré-implantação” e “pós-implantação”, respectivamente. Houve diminuição do percentual de casos em que o GI não foi avaliado, no período “pós-implantação” ($p < 0,001$).

A análise da avaliação do GI na cura revelou que em 58,6% e 55,7% dos casos o GI não foi avaliado, respectivamente, nos períodos “pré-implantação” e “pós-implantação”, com significância estatística para a diminuição de casos sem registro de incapacidade, durante o período “pós-implantação” ($p < 0,023$).

Quanto ao modo de detecção, ocorreu associação significativa ($p < 0,001$), com provável aumento da detecção por exame de contato nos anos subsequentes à implantação do PCH na AB. Um fato que chama atenção é que a entrada no sistema como “recidiva” estava incluída nesta pesquisa na categoria “outros modos de detecção” e nos anos de 1996 a 2000, apenas 3/780 (0,38%) dos casos foram admitidos como “recidiva”, ao passo que de 2001 a 2007 esse modo de entrada notificou 59/1.469 (4,01%) admissões (dado não apresentado na tabela).

Considerando o número de pacientes em tratamento nos anos avaliados, apenas 106/780 (13,58%) e 1.014/1.468 (69,02%) deles tiveram seus contatos registrados, respectivamente, nos períodos “pré-implantação” e “pós-implantação”. Apesar de em ambos os períodos o número de contatos registrados e o de contatos examinados terem sido muito baixos, provavelmente em decorrência de sub-registro, o percentual de contatos examinados no período “pós-implantação” mostrou-se inferior ao período que o antecedeu, contudo, em números absolutos, houve aumento do número de contatos registrados e dos examinados no período “pós-implantação”. Destaca-se que de 469 contatos registrados no período “pré-implantação” 431 eram referentes ao ano de 1996. Dos 568 contatos

examinados neste mesmo período, 447 eram referentes ao ano 1996. A ausência de dados compromete a validade deste indicador na série temporal avaliada. Tendo-se em conta especificamente o período “pós-implantação”, dentre 4.070 contatos registrados, apenas 2.100 (51,59%) foram avaliados.

Quanto ao tipo de saída registrada, houve diminuição significativa do percentual de abandono de tratamento no período “pós-implantação” ($p < 0,008$).

5 DISCUSSÃO

5.1 Análise do contexto

Em Aracaju, a implantação do PCH na AB coincide com a implantação da ESF no município, ocorrida em 1998 (Giovanella et al., 2009). O cenário municipal, naquele momento era configurado pela implantação da ESF envolta em plena complexidade inerente a grandes centros urbanos e que acabara de incorporar ações programáticas específicas para hanseníase dentro do elenco atividades atinentes à ESF.

O aspecto normativo para a descentralização das ações de saúde no âmbito da AB foi determinante para que o programa de hanseníase fosse implantado na rede de serviços da AB.

No contexto atual, o envolvimento técnico e a participação dos profissionais de nível superior que integram as EqSF nas atividades de planejamento das ACH pareceu fragilizado, comprometido, concentrado na execução de diagnóstico, oferta de PQT e diluídos no cumprimento das atividades de atendimento geral à população das áreas adscritas. Foi referida sobrecarga de trabalho para os profissionais das EqSF decorrente da grande demanda determinada por várias necessidades da população. Especificamente em relação às atividades do PCH, os enfermeiros foram os profissionais predominantemente mencionados como responsáveis pela

condução das atividades nas UBSF. Este achado é compatível com o que foi observado por outros investigadores como Lanza (2009) e Fuzikawa (2007).

Considerando que a responsabilidade sobre planejamento, organização, monitoramento e avaliação das ACH cabe aos municípios, como parte integrante do Plano Municipal de Saúde e integrada com outras ações que envolvem a participação das equipes de saúde e lideranças comunitárias em todo o processo (Brasil, 1999), Andrade (2000) afirma que o nível de organização do programa de hanseníase de um município está relacionado ao grau de relevância que os profissionais dão ao problema. Em adição a esse fator, Moreira (2002) considera também o grau de reconhecimento político e institucional da doença como problema de saúde pública como determinante para a organização e desenvolvimento das ACH.

Embora seja conhecida a situação epidemiológica da doença naquele município, da forma como o PCH está estruturado na rede básica, a dimensão epidemiológica do agravo nos territórios das respectivas unidades sanitárias parece não ter devida valorização pelas UBSF e, conseqüente, visibilidade nos Conselhos Locais de Saúde.

Esta observação remete ao questionamento acerca das circunstâncias e formas como as UBSF concebem ações programáticas, tratam e analisam as condições de saúde das comunidades assistidas; se lançam mão de estratégias para sensibilizar a comunidade e gestores ou se levam os temas relevantes e prioritários, como as doenças de notificação compulsória, para apreciação nos espaços de discussão coletiva. Nesta direção, Brandão (2008) acentua a necessidade de o Programa de

Hanseníase ser priorizado pelo poder público e pelos profissionais de saúde, assim como destaca a participação comunitária por meio dos Conselhos Municipais de Saúde para reivindicar a elaboração e cumprimento do Plano Municipal de Saúde.

Com fundamentação nas entrevistas realizadas, depreende-se que as ações de hanseníase desenvolvidas na rede de AB de Aracaju são essencialmente conduzidas por enfermeiros e médicos, e centradas em atividades de diagnóstico e tratamento.

Os entrevistados destacam que as atividades de planejamento e organização, apesar de escassas, quando ocorrem são assumidas pelos enfermeiros, com consequente concentração dentro das outras atribuições da enfermagem. A prática do profissional médico está centrado na consulta médica, mais aproximada ao modelo hegemônico que, conforme Peduzzi (2001), é a prática estruturante dos serviços de saúde e derivadora das demais práticas de saúde.

Nesse contexto, a responsabilização pelo cuidado parece estar atrelada a uma prática do cuidado identificada com práticas médicas hegemônicas, em que prevalece o modelo de atenção curativo. Este achado não exerce influência apenas na esfera de atuação dos profissionais médicos, mas se estende para as ações dos demais membros das ESF que, nos relatos, evidenciaram ações curativas.

Ainda que o médico componha a mesma EqSF com saberes compartilhados e que, em conformidade com os princípios do SUS, as instruções normativas adotadas no Brasil para a AB e as ACH (Brasil, 2002;

Brasil, 2006c; Brasil, 2007c; Brasil, 2007e) definam claramente as competências atribuídas para as diferentes categorias profissionais das equipes de saúde na AB, sobre o aspecto de competências compartilhadas e saberes das específicas profissões abraçadas pelo Saúde da Família, Moreira (2002) constatou que é comum o baixo envolvimento dos médicos no desempenho das ACH; Lanza (2009) assevera que não há, na prática, delegação das atividades de planejamento, organização e alimentação dos sistemas de informação, anteriormente apontadas como incumbidas à enfermagem, para o profissional médico.

A constatação de um contexto em que as práticas são centradas no cuidado apenas como ato prescritivo suscita uma reflexão acerca dos saberes e das tecnologias que permeiam o terreno do trabalho na saúde coletiva que, conforme assevera Assis et al. (2010), “É preciso (des)construir a prática centrada no saber médico e nos saberes especializados das profissões, com o cuidado apenas no ato prescritivo” e incorporar nesta nova prática os saberes ampliados, a dimensão cuidadora, a valorização do outro e a corresponsabilização.

Quanto ao modo de operação, embora o protocolo municipal defina fluxos formais da assistência para hanseníase na AB, as informações obtidas sugerem que o estabelecimento de um mecanismo de contrarreferência permanece como um desafio e a UR parece se prestar, majoritariamente, a atender sob uma perspectiva de porta de entrada para demanda espontânea.

O diagnóstico da doença na rede básica foi referido como centrado, predominantemente, em exame laboratorial. Considerando a Portaria Conjunta nº 125 de 2009, vigente à época da pesquisa, o diagnóstico da hanseníase é essencialmente clínico e epidemiológico, sendo a baciloscopia, quando disponível, utilizada como um exame complementar para classificar os casos em PB ou MB. Contudo, no Protocolo para Vigilância Epidemiológica de Aracaju, para acompanhamento de casos de hanseníase (Aracaju, 200-), a solicitação de baciloscopia é colocada de forma que antecede, inclusive, a consulta médica, estabelecendo um ponto diferenciado para esse recurso como determinante do diagnóstico, deixando para o segundo plano o diagnóstico clínico e epidemiológico. Considere-se, neste caso, que a descrição oferecida pelos entrevistados está próxima do que está estabelecido no referido protocolo, e que ele, talvez, tenha alguma influência na valorização que a baciloscopia tem como determinante para o estabelecimento de diagnóstico dos casos de hanseníase naqueles serviços.

Pelos trechos analisados, as supervisões atualmente realizadas nas UBSF permanecem, grosso modo, caracterizadas como burocráticas, indiretas, de cunho administrativo, pontuais e concernentes à avaliação de prontuários, necessidades de insumos e medicamentos, cumprimento de prazos para envio de dados e, geralmente, não envolvem a participação de todos os integrantes das EqsF, distantes de um caráter instrutivo apoiado na educação permanente.

A falas dos gerentes de UBSF demonstram sua auto-percepção de insuficiência de conhecimentos acerca de aspectos técnicos e da tecnologia

processual necessários para o desenvolvimento do PCH na AB e manifestam sua falta de capacitação para as ações de hanseníase. Talvez este seja um dos fatores contribuintes para que eles não se envolvam com planejamento de ações e se mantenham focados em atividades-meio.

Um aspecto comum pontuado pelos entrevistados é que a implantação do PCH na rede básica trouxe como aspectos positivos a melhora do acesso da população às UBSF e à oferta de PQT. As dificuldades apontadas remetem a limitações atuais de caráter técnico-administrativo relativos à escassez de atividades educativas, carência de profissionais envolvidos com as ações do PCH e limitações das atividades de supervisão, avaliação e monitoramento das ações na rotina dos serviços. Sobre a UR os depoimentos apontam manutenção deste serviço como porta de entrada e dificuldades no estabelecimento de contrarreferência.

5.2 Desempenho das UBSF e UR na implantação do PCH

Em 2001 o município assumiu a Gestão Plena do Sistema Municipal e o grupo gestor do município deu continuidade à política de AB iniciada na gestão anterior, com ampliação progressiva do número de EqSF (Giovanella et al., 2009). A estratégia inicialmente utilizada pela Coordenação Municipal do Programa de Hanseníase foi oferecer capacitações sobre hanseníase dirigidas às EqSF recém-criadas (Aracaju, 2006).

O período de 2001 a 2005 caracteriza, em Aracaju, o aprofundamento do processo de implementação da ESF com acolhimento e aumento da garantia de acesso. Em sequência, a partir do ano 2007 tem início a fase

“caracterizada por certa desorganização e arrefecimento do processo de implementação” (Giovanella et al., 2009). A cada ano foi verificado aumento do percentual de casos diagnosticados nas UBSF e redução dos casos diagnosticados pela UR até o ano 2006. Este dado pode indicar que as atividades de controle da hanseníase foram sendo incorporadas à rotina da ESF à medida que o quantitativo de equipes instaladas no município aumentava e a ESF se fortalecia.

Ainda que no ano 2007 o município já contasse com 128 EqSF, distribuídas em 43 UBSF, o que representa uma cobertura de 86,7% da população residente no município (Almeida et al., 2010), a redução da detecção de casos nas UBSF pode ser indício do “arrefecimento” do processo de implementação da ESF em Aracaju (Giovanella et al., 2009).

Um fator possivelmente explicador da concentração de casos notificados nas UBSF das 8ª e 7ª regionais de saúde é que o antigo Hospital-Colônia Lourenço Magalhães (leprosário) foi construído na 8ª região de saúde. A construção foi iniciada em 1937, mas sua inauguração ocorreu em 1945 (Serviço Nacional de Lepra, tratado de leprologia, 1950). A desativação do leprosário ocorreu no ano 1995 (Sergipe 2008). A História da dinâmica daqueles bairros no entorno do leprosário e da história familiar envolvida na hanseníase, assim como as relações estabelecidas entre os familiares podem fornecer indícios para suspeitar que parte do conjunto de habitantes daquelas comunidades vizinhas ao leprosário era composta por familiares de pacientes residentes naquela instituição.

Ainda que tanto a proporção de casos PB como MB tenha aumentado nas UBSF, não foi observado indício sugestivo de qualquer intervenção impactante sobre o diagnóstico de casos, como seria esperado em casos de campanhas, busca ativa ou estratégias de vigilância que cursam com aumento nas taxas de detecção da doença em formas iniciais, não polarizadas. Percebe-se, assim, que houve redirecionamento da demanda dos pacientes que passaram a buscar assistência nas UBSF, contudo, sem evidenciar o potencial que as EqSF poderiam ter explorado para organizar e implementar ações do PCH voltadas para mecanismos de busca ativa de casos, conscientização e sensibilização comunitária para a importância da doença. Consonante com o estudo de Lana et al. (2007), este achado indica que a endemia está em expansão no município (Lombardi et al., 1990).

O maior número de contatos examinados nas UBSF pode sugerir que a atividade de vigilância de contatos como integrante das atividades programáticas de controle da hanseníase, inseridas na AB, favoreceram a detecção precoce de casos nas áreas adscritas às unidades sanitárias supridas pelas equipes de saúde da família e fortalecem a impressão de redirecionamento do fluxo de doentes para as UBSF, facilitando e favorecendo a adesão e acesso do usuário aos serviços ofertados pelas UBSF (Cunha et al., 2007; Penna et al., 2008).

As deficiências encontradas na completude de dados sobre registro de incapacidades, principalmente na UR, apontam limitações no cumprimento desta ação programática e sugerem baixa qualidade das ações e do atendimento prestado pelos serviços de saúde (Brasil, 2010). Nas

UBSF o comprometimento se refere à avaliação de GI ao final do tratamento, ao passo que na UR a situação envolve o registro da incapacidade, tanto no diagnóstico quanto na alta. Falhas no sistema de informação e registro em prontuários prejudicam a avaliação de indicadores epidemiológicos e operacionais (Oliveira et al, 2010; Lana et al., 2007), estimativa de endemia oculta (Lombardi et al., 1990) e, provavelmente, espelham desorganização da prática de trabalho.

A pesquisa revelou que o maior percentual de pacientes que concluíram a PQT estavam alocados nas UBSF. É relevante destacar que esta informação necessita de algumas considerações referentes ao perfil de comprometimento da doença apresentado pelas pessoas em tratamento, haja vista que, em tese, uma unidade de referência tem, dentre suas atribuições, a condução de casos de difícil manejo clínico (Brasil, 2001a). Esta pesquisa não aprofundou investigações sobre a condução do tratamento clínico dos pacientes ou da gravidade dos casos, de modo que não se descarta que na UR o percentual mais baixo de casos que concluíram a PQT seja justificado por esse aspecto. Em outra direção, depreende-se que uma UR com recursos humanos capacitados, disponibilidade de materiais e estrutura adequada pode lançar mão de estratégias para melhorar a adesão ao tratamento das pessoas por ela assistidas.

Devido ao grande quantitativo de demanda espontânea, principalmente na UR, depreende-se que esta trabalha com um modelo assistencial limitado (Lanza, 2009), calcado na demanda espontânea. Embora

com o avançar da implantação tenha acontecido uma inversão do número de casos notificados na AB em relação ao quantitativo notificado na UR, esta ainda apresenta-se com características de um serviço de “porta de entrada”, não se mostrando adaptada ou integrada ao modelo assistencial na perspectiva da AB, com habilitação para conduzir, referenciar e contrarreferenciar casos de hanseníase, articulando suporte técnico e serviços especializados para as pessoas em tratamento de hanseníase, de suas sequelas ou no seguimento pós-alta (Brasil, 2001a).

5.3 Avaliação da dimensão do efeito

5.3.1 Indicadores do município para hanseníase

As taxas brutas de detecção geral de 1996 a 2007 oscilaram e exibiram pico nos anos de 2003 a 2005, mantendo-se, porém, acima das conferidas para o Brasil, a região Nordeste e o estado de Sergipe em todos os anos estudados. Um fator que pode concorrer para o aumento da detecção nesse período é que de 2000 a 2004 houve grande expansão do número de equipes da ESF, com implantação de 114 ESF que, em 2005, cobriam mais que 90% da população (Giovanella et al., 2009).

Mundialmente, a tendência da taxa de detecção de casos novos não exibiu declínio desde 1985 a 2000 (Meima et al., 2004), passando a decrescer de 2002 a 2008 (WHO, 2009). Na Índia, país detentor do maior número de casos, no período de 1982 a 2002 o coeficiente de detecção seguiu aumentando constantemente (Lockwood e Suneetha, 2005). Esta

mesma tendência de crescimento consistente se aplica à América Latina (Meima et al., 2004). Conquanto o Brasil represente mais de 90% dos casos na América do Sul, no período de 1980 a 2004 as taxas de detecção exibiram tendência crescente (Penna e Penna, 2007; Penna et al., 2009), com previsão de diminuição a partir de 2010 (Penna e Penna, 2007). Especificamente para a região nordeste do Brasil, o maior aumento nas taxas de detecção ocorreu durante o período de 1980 a 2004, cujo coeficiente de regressão para o tempo também se mostrou maior que para todas as outras regiões do país (Penna et al., 2009).

A tendência de crescimento da taxa de detecção em Aracaju é semelhante à verificada em outros estudos brasileiros (Cunha et al., 2001; Figueiredo e Silva, 2003; Hinrichsen et al., 2004; Cunha et al., 2007; Moreira et al., 2008), contudo, é discordante daqueles realizados em estados que, à época, estavam em via de eliminação da doença como problema de saúde pública, como no Paraná (Silva Sobrinho e Mathias, 2008) e São Paulo (Opromolla et al., 2005), onde constataram, respectivamente, comportamento constante e leve decréscimo nas taxas de detecção.

O padrão pouco variável da taxa de detecção em menores de 15 anos com elevações pontuais no período “pós-implantação” é compatível com um estudo ocorrido em Duque de Caxias onde dois picos de detecção neste grupo etário podem ter sido reflexo do início da implantação ou de ações estratégicas realizadas no ano anterior (Cunha et al., 2007).

Outros estudos brasileiros com população de menores de 15 anos revelaram padrão de endemicidade com variação de média a muito alta

(Figueiredo e Silva, 2003; Ferreira e Alvarez, 2005; Imbiriba et al., 2009), destacando-se que no Vale do Jequitinhonha os coeficientes daquela região são superiores aos do estado de Minas Gerais, com parâmetros responsáveis pela manutenção da endemia e que a classificam como de alta a muito alta (Lana et al., 2007). No Espírito Santo, uma análise de tendência de detecção em menores de 15 anos, no período de 1980 a 2003 mostrou tendência crescente, com aparente estabilização no período de 1996 a 2003 (Moreira et al., 2008). Embora outros estudos sejam concordantes com o discreto aumento da detecção em crianças (Pimentel et al., 2004) ou apontem tendência constante ao longo do tempo (Mastrangelo et al., 2009), chama atenção o estudo de uma série histórica realizado no estado da Bahia em que houve aumento significativo da taxa de detecção em menores de 15 anos nas duas últimas décadas (Cunha et al., 2001), o que revela a força de transmissão recente da endemia e sua tendência (Brasil, 2010).

A avaliação de incapacidades físicas apresenta lacunas provavelmente determinadas por falhas no cumprimento da atividade e no registro, cujas dificuldades também foram citadas por estudos de Oliveira et al. (2010) e Barbosa (2009). A utilização dos indicadores referentes ao percentual de casos com GI 2 entre os casos novos avaliados ficou prejudicada e foi calculada apenas para cinco anos e apresentou parâmetros de baixo a regular (Brasil, 2010). Nesses anos os valores obtidos oscilaram entre 2,83% e 5,06% e são inferiores aos de estudos realizados no Brasil (Fuzikawa, 2007; Mastrangelo et al., 2009), mas não se pode estabelecer um nível de comparação com os anos anteriores. O estudo de Mastrangelo

et al. (2009) analisou uma série de 10 anos que também envolve a descentralização das ACH e aponta que houve diminuição da proporção de casos novos com grau 2 de incapacidade ($p < 0.001$). Não foi possível estabelecer o cálculo para a proporção de GI 2 entre as pessoas que receberam alta e tiveram o GI avaliado. Esses achados limitam a análise destes indicadores para avaliar a efetividade das atividades de detecção e a transcendência da doença.

Empregado para avaliar a magnitude de deformidades causadas pela hanseníase na população geral, compará-la com outras doenças e indicar a eficácia da detecção precoce de casos (Brasil, 2010), o coeficiente de casos novos com GI 2 no diagnóstico é, atualmente, calculado por 1 milhão de habitantes (WHO, 2010b). Ainda sem parâmetros definidos pela WHO ou pelo Ministério da Saúde do Brasil para sua interpretação, a meta mundial é que este coeficiente seja reduzido em, pelo menos, 35% de 2011 a 2015, ao passo que para o Brasil é uma redução de 13%, de 2008 a 2015 (Brasil, 2010). Em que pese a dificuldade de acurácia desse indicador, devido às características da endemia e à limitação de conhecimento da realidade operacional das ações em cada país, ainda assim ele pode contribuir para a melhora da qualidade dos serviços de hanseníase (Oliveira et al., 2010).

Considerando a raridade do acometimento em crianças e que estas adoecem mais quando há maior endemicidade da doença (Brasil, 2001b), a proporção de crianças diagnosticadas no município oscilou nos anos do estudo, apresentando-se acima dos 10% aceitáveis (The International Federation of Anti-Leprosy Association, 2001), apenas no ano 2002. Nos

dois últimos anos do período “pós-implantação” verificou-se redução da proporção de crianças. O percentual obtido para o município para o ano 2007 está abaixo do obtido para o Brasil (7,6%), a região nordeste (8,6%) e o estado de Sergipe (9,0%) (Brasil, 2008a).

Nos anos em estudo, a avaliação de incapacidades ao diagnóstico representou atividade de controle que não alcançou parâmetros de boa qualidade, segundo parâmetros nacionais (Brasil, 2010) e acusa dificuldades operacionais desde o nível local ao nacional.

Apesar dos avanços alcançados na estratégia adotada para controle da doença, principalmente com a descentralização das ações do PCH (Cunha et al., 2007; Penna et al., 2008), é sobre o conjunto de informações referentes ao registro de incapacidades físicas no momento do diagnóstico e na cura que esta investigação aponta valores inferiores aos do Brasil (Brasil, 2010). As baixas proporções de avaliação de incapacidades avaliadas na cura são evidenciadas por outros estudos (Aquino et al., 2003; Fuzikawa et al., 2010a). A certificação de baixa cobertura de avaliação de incapacidades no momento da alta embaraça a análise deste indicador da qualidade do atendimento nos serviços e acena que esta atividade não foi incorporada à rotina dos serviços. As dificuldades operacionais do PCH no campo, possivelmente são determinadas pelo sub-registro de dados devido à não realização da avaliação neurológica simplificada ou não completude dos registros.

Como instrumento de avaliação de desempenho dos serviços quanto ao cumprimento das ACH (Ramos Junior et al., 2006), a precariedade da

proporção de contatos examinados entre os contactos registrados aqui apurada foi também verificada em outros estudos (Barbosa, 2009; Brasil, 2008a; Brasil, 2008b). Os achados evidenciam a inadequação na dinâmica do processo e execução desta tarefa (Barbosa, 2009) ressaltando a pouca valorização da vigilância de contatos em detrimento do enfoque para o controle da doença centrado no doente.

5.3.2 Características clínicas e epidemiológicas dos casos

Fatores biológicos e socioculturais são apontados como determinantes de maior incidência em homens (Varkevisser et al., 2009). Outros estudos realizados no Brasil comprovaram predomínio masculino (Barro, 2004; Fuzikawa, 2007; Magalhães e Rojas, 2007; Moreira et al., 2008). No entanto, o maior número de mulheres nos anos estudados é compatível com outras investigações (Lana et al., 2000; Prata et al., 2000; Lana et al., 2002; Lana et al., 2003; Cunha et al., 2007). Uma explicação possível é que a procura dos serviços de saúde da AB é tradicionalmente maior entre o sexo feminino (Varkevisser et al., 2009; Arantes et al., 2010), tanto por questões culturais de gênero (homens demoram mais para procurar serviços de saúde quando doentes), quanto pela maior presença de programas e atividades voltados para as mulheres na AB.

Nos casos aqui estudados a média de idade obtida foi semelhante nos dois períodos, com predomínio de acometimento de adultos jovens, condizente com outras publicações (Lana et al., 2000; Prata et al., 2000; Lana et al., 2002; Barro, 2004; Góes et al., 2004; Hinrichsen et al., 2004;

Fuzikawa, 2007; Conte et al., 2009), os quais estão mais vulneráveis ao risco de exclusão da cadeia produtiva em decorrência da doença, suas sequelas e estigma (Gomes et al., 2005). O percentual de menores de 15 anos acometidos confirma a manutenção da endemia, com exposição da população menor de 15 anos ao bacilo e evidencia a passividade dos serviços locais de saúde, pouca realização de busca ativa (Lana et al., 2007) e de outras medidas de vigilância à saúde.

Alguns estudos brasileiros demonstraram o predomínio de formas clínicas PB (Prata et al., 2000; Barro, 2004; Góes et al., 2004) e outros, de formas MB (Lana et al., 2000; Santos e Rabay, 2001; Lana et al., 2002; Moreira et al., 2008; Conte et al., 2009), evidenciando distintos níveis endêmicos nas diferentes regiões do país. Nesta pesquisa, as formas clínicas PB foram maioria nos dois momentos investigados. Não houve, porém, aumento na proporção de casos PB entre os períodos, como se espera em situações de grande incremento na detecção de casos.

A constatação de casos polarizados da doença e a estabilidade do percentual de casos classificados como HI nos dois períodos podem sugerir presença de problemas operacionais e de detecção tardia (Lana *et al.*, 2002). Chama atenção neste estudo aumento de casos não classificados quanto à forma clínica. Este dado poderia fornecer ferramentas subsídios para interpretar a evolução da endemia por meio da análise da proporção de casos novos polarizados da doença.

O GI no diagnóstico é largamente utilizado como indicador epidemiológico e ferramenta de avaliação clínica (Brandsma e van Brakel,

2003). O aumento no percentual de casos com GI avaliado no diagnóstico aponta para o provável envolvimento dos serviços sanitários no sentido de cumprir e desempenhar melhor esta ação de controle. O valor obtido ainda configurou um parâmetro considerado regular para medir qualidade da atenção e monitorar os resultados das ACH (Brasil, 2010).

O alto percentual de casos sem registro sobre avaliação de incapacidades, principalmente no período “pré-implantação” atesta que avaliação de incapacidades física é uma ACH que exhibe problemas com a qualidade da avaliação e do registro (Oliveira et al., 2010). Diante do discreto aumento na proporção de casos com GI 2 avaliado ao diagnóstico, no período “pós-implantação”, outros estudos brasileiros confirmam a ascensão seguida de descida da proporção de GI 2 avaliado no período “pós-implantação” do PCH como decorrente das medidas instituídas (Fuzikawa, 2007; Cunha et al., 2007; Mastrangelo et al., 2009).

Embora tenha havido diminuição do número de casos sem registro de incapacidade no período “pós-implantação”, tanto no diagnóstico, como ao final da PQT, sugerindo discreta melhora neste componente do programa, o percentual alcançado permanece baixo. Baixas proporções de casos com GI avaliado ao final da PQT são consistentes com outros estudos (Aquino et al., 2003; Fuzikawa, 2007; Miranzi et al., 2010) e quando esses percentuais foram analisados individualmente a cada ano não alcançaram o valor considerado mínimo necessário para calcular o indicador referente à proporção de GI 2 entre curados (Brasil, 2010). Parte deste problema pode ser atribuído ao não retorno dos pacientes ao serviço para avaliação de alta.

É provável, porém, que a maior parte se deva à baixa relevância dada ao registro de informações de acompanhamento pelos profissionais de saúde e dos serviços de informação. Uma provável explicação levantada para a constatação das baixas proporções de incapacidades físicas informadas é determinada pelo sub-registro desses dados, o que fornece indícios de que esta atividade não foi incorporada, a contento, na rotina dos serviços.

O exame dos contatos domiciliares dos casos novos diagnosticados é uma das principais estratégias para o diagnóstico precoce, podendo contribuir para a redução da transmissão da doença (Matos et al., 1999; Ignotti, 2004). Semelhante ao verificado nesta pesquisa, uma avaliação da implantação do PCH na AB em Betim/Minas Gerais reporta que a vigilância de contatos ainda não é atividade cumprida satisfatoriamente e, embora em outros aspectos o programa tenha avançado, devido à falta de registro não foi possível estabelecer comparação entre a cobertura de exame de contatos prévia e posteriormente à implantação (Fuzikawa, 2007).

A baixa proporção de contatos examinados observada nesta pesquisa (37%) foi considerada como indicador precário (Brasil, 2010). Baixas proporções também foram reportadas por estudos que encontraram valores entre 11,8 e 46% (Aquino et al., 2003; Amorim et al., 2010; Moraes et al., 2010). Na faixa de parâmetro regular, compreendida entre 50 e 74,9% de contatos examinados (Brasil, 2010), Dessunti et al. (2008) e Fuzikawa (2007) obtiveram 51% e 61,7%, respectivamente, valores aproximados aos das médias obtidas para o Brasil (54%) e o estado de Sergipe (61,8%), em uma pesquisa nacional que avaliou os anos de 2001 a 2008 e atestou a

debilidade desta ação de controle no país. Apenas nos estados de São Paulo e Espírito Santo as médias para as proporções nos anos estudados alcançaram parâmetro considerado “bom” e, respectivamente, 78,3 e 75,5% dos contatos examinados (Brasil, 2009d). Provavelmente a melhor organização local e mais prioridade efetiva para a vigilância de contatos tem produzido taxas mais altas em municípios brasileiros como Fortaleza-Ceará onde em um ano, como reflexo de um programa de atenção integral à pessoa com hanseníase no seu território, a cobertura de exame de contato aumentou em relação aos anos anteriores e foi de 76% (Alencar, M. et al., 2008).

Em que pese o baixo número de registro de contatos examinados, o período “pós-implantação” mostrou acréscimo estatisticamente significativo do número de casos detectados por meio do exame de contatos, o que reitera a fundamental importância desta atividade.

Finalmente, chama atenção a redução do percentual de abandono no período “pós-implantação”. Ressalte-se, porém, que este percentual tem restrições, uma vez que não considera as coortes de pacientes, mas sim, a forma de saída do registro a cada ano.

Referente à admissão de casos como recidiva, hipóteses aventadas para esses casos podem ser referentes à falha diagnóstica ou a indivíduos que tratados como PB, após melhora parcial dos sinais e sintomas podem desenvolver lesões generalizadas MB (Fleury, 2006).

6. CONCLUSÕES

Em Aracaju, a implantação do Programa de Controle da Hanseníase na Atenção Básica coincide com a implantação da Estratégia Saúde da Família no município.

O redirecionamento da demanda de casos para a Atenção Básica e os picos de detecção verificados ocorreram nos anos em que houve a maior expansão das Equipes de Saúde da Família nas unidades de Atenção Básica.

As taxas brutas de detecção e de detecção em menores de 15 anos aumentaram no período posterior à implantação do Programa na Atenção Básica e se apresentaram superiores às conferidas para o Brasil, a região nordeste e o estado de Sergipe, confirmando a gravidade da endemia local.

A tendência geral das taxas brutas de detecção acompanha a tendência nacional e sugere que a implantação do Programa de Controle da Hanseníase nos serviços de Atenção Básica incrementou o acesso ao diagnóstico e ao tratamento. A redução do número de casos de abandono do tratamento indica alguma melhora na retenção dos pacientes após a implantação.

Insuficiências pré-existentes em ações de importância crucial para os resultados e impactos esperados do programa, como vigilância de contatos, atividades educativas, de diagnóstico e prevenção de incapacidades persistem após a implantação.

As ações programáticas desenvolvidas nas unidades de Atenção Básica são conduzidas, essencialmente, por enfermeiros e médicos da Estratégia Saúde da Família que atuam de modo isolado e independente das gerências locais, cujo trabalho é centrado em atividades-meio.

Refletindo o esvaziamento do caráter técnico da função, os gerentes das Unidades Básicas de Saúde da Família apresentam deficiências quanto a aspectos técnicos básicos e de tecnologia processual que caracterizariam um campo de competência comum.

As ações de supervisão, monitoramento e avaliação desempenhadas pela coordenação municipal do Programa apresentam limitações e tem uma configuração assistemática. Adicionalmente, as restrições quanto ao desempenho do papel técnico pela unidade de referência, as dificuldades no estabelecimento de contrarreferência, a precariedade por falta de recursos humanos e os entraves para o envolvimento multiprofissional, configuram um modelo de atenção calcado na demanda espontânea.

O perfil do Programa de Controle da Hanseníase na Atenção Básica de Aracaju é semelhante ao de outros municípios brasileiros já estudados, mostrando que a Atenção Básica ainda não alcançou sua proposição de efetiva integralidade. Mesmo para um alvo prioritário como a hanseníase, transcorrida mais de uma década em que ela foi incluída entre os agravos atendidos pelas unidades de saúde da rede básica, permanece o desafio em torno do fortalecimento das ações de controle e sua efetiva integração na Atenção Básica.

7 ANEXOS

Anexo 1: Roteiro de entrevista semi-estruturada com “informantes-chave” - Contexto da Implantação do PCH

- Caracterização do entrevistado
- Participação como ator no processo de implantação do PCH no município
- Contexto da implantação do PCH
- História anterior das ações de hanseníase no município
- Determinantes da descentralização
- Perfil epidemiológico antes e depois da descentralização
- Momentos decisivos para a mudança
- Processo geral de implantação do PCH na rede básica
- Capacitações, supervisões, avaliações e monitoramento
- Atividades desenvolvidas pelo PCH ao longo do tempo
- Estrutura do PCH na rede básica
- Rotina e fluxo do PCH na rede básica
- Descrição da participação de diferentes setores na implantação do PCH
- Interação das gerências estadual, municipal e gerências locais
- Envolvimento de profissionais da rede básica
- Planejamento, elaboração e execução de tarefas
- Processo de trabalho nas equipes de saúde da família
- Resultados alcançados com a implantação do PCH
- Contexto atual do funcionamento do PCH nas UBSF
- Aspectos positivos e negativos da descentralização.

Anexo 2: Roteiro de entrevista semi-estruturada, com “informantes-chave” –
Contexto das Ações Programáticas

Parte 1: A experiência de trabalhar com pacientes de hanseníase

- Caracterização do entrevistado (função, tempo de trabalho no serviço e nessa função, questionar se realiza ou já realizou atividades de assistência direta a portadores de hanseníase);
- Caracterização dos usuários;
- Demandas dos usuários;
- Caracterização da Unidade de Saúde/condições para atendimento das necessidades dos usuários;
- Dificuldades no atendimento dos usuários (motivos e estratégias de superação usadas);
- Concepção do atendimento da hanseníase na atenção básica (AB);
- Capacitação para as Ações de Controle da Hanseníase (ACH);
- Prevenção de incapacidades;
- Como desenvolve sua atividade profissional;
- Insumos e medicamentos;
- Exame de contactantes;
- Orientações técnicas, supervisões;
- Auto-percepção para sua capacitação à assistência de pessoas com hanseníase.

Parte 2: Características do trabalho multiprofissional

- Categorias profissionais que trabalham em conjunto nas ACH;
 - Descrição das atividades desempenhadas;
 - Procedimentos para encaminhamento dos pacientes (referência e contra-referência) para outros profissionais e serviços;
 - Articulação da equipe de saúde; interação com gerência do serviço; apoio institucional;
 - Fatores que facilitam o desenvolvimento das ACH;
 - Fatores que dificultam o desenvolvimento das ACH;
 - Auto-percepção sobre sua contribuição e seu papel para o desenvolvimento das ACH;
 - Envolvimento e responsabilidade no planejamento de ACH na UBSF;
- Existe algum outro comentário que queira fazer?

Anexo 3: Parecer Comitê Ética USP

APROVAÇÃO

A Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 17/12/2008, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº **1032/08**, intitulado: "**AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE CONTROLE DA HANSENÍASE EM ARACAJU, SE.**" apresentado pelo Departamento de **MEDICINA PREVENTIVA**, inclusive o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar à CAPPesq, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10/10/1996, inciso IX.2, letra "c").

Pesquisador (a) Responsável: **Maria Ines Battistella Nemes**

Pesquisador (a) Executante: **Marcos Túlio Raposo**

CAPPesq, 18 de Dezembro de 2008

Hillegonda Maria Dutilli Novaes
 Coordenadora do Programa de Pós-Graduação
 do Depto. de Medicina Preventiva

Prof. Dr. Eduardo Massad
 Presidente da Comissão de
 Ética para Análise de Projetos
 de Pesquisa

Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa do HCFMUSP e da FMUSP Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo Rua Ovídio Pires de Campos, 225, 5º andar - CEP 05403 010 - São Paulo - SP Fone: 011 3069 6442 Fax: 011 3069 6492 e-mail: cappesq@hcnet.usp.br / secretariacappesq2@hcnet.usp.br

hf

Anexo 4: Parecer Comitê Ética UNIT

Parecer Consubstanciado de Projeto de Pesquisa

Título do Projeto: Avaliação da implantação do programa de controle da hanseníase em Aracaju-SE.

Pesquisador Responsável Marcos Túlio Raposo

Data da Versão 30/01/2008

Cadastro 030108

Data do Parecer 27/02/2008

Grupo e Área Temática III - Projeto fora das áreas temáticas especiais

Objetivos do Projeto

OBJETIVO GERAL:

- Avaliar a implantação do Programa de Controle da Hanseníase desenvolvido no município de Aracaju-SE. Para tanto, a pesquisa será realizada na forma de três estudos explicitados nos objetivos específicos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- delinear o perfil epidemiológico da hanseníase no período de cinco anos anteriores e sete posteriores ao processo de descentralização das ações para o controle da doença (Estudo 1);
- avaliar a estrutura e o processo das ações de controle da hanseníase nos serviços de atenção básica (Estudo 2);
- estimar a graduação das incapacidades físicas como indicador dos efeitos do programa (Estudo 3).

HIPÓTESE

Com a descentralização, o grau de implantação do Programa de Controle da Hanseníase, desenvolvido no município de Aracaju-SE, não alcançou o padrão esperado.

Sumário do Projeto

A hanseníase é uma doença dermatoneurológica, de evolução crônica que, quando não tratada, pode determinar incapacidades em longo prazo e está associada a altos níveis de estigma (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998). A descentralização das ações do Programa de Hanseníase, mediante a integração na atenção primária de saúde, vem sendo recomendada pela OMS, desde 1995, como importante estratégia para o controle da doença, principalmente em locais hiperendêmicos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1995). O estudo objetiva avaliar o grau de implantação das ações e estratégias do Programa de Controle da Hanseníase, desenvolvido no município de Aracaju-SE, nas unidades de saúde da família e na unidade municipal de referência para hanseníase. Para tanto, a pesquisa se propõe a analisar os indicadores epidemiológicos e operacionais para o agravamento "hanseníase", assim como avaliar a estrutura e o processo das ações desenvolvidas nos serviços de atenção básica, por meio do "Roteiro simplificado para supervisão das atividades de controle da hanseníase".

Itens Metodológicos e Éticos	Situação
Título	Adequado
Autores	Adequados
Local de Origem na Instituição	Adequado
Projeto elaborado por patrocinador	Não
Aprovação no país de origem	Não necessita
Local de Realização	Outro (citar no comentário)
Outras instituições envolvidas	Sim
Condições para realização	Adequadas

Comentários sobre os itens de Identificação

A pesquisa será desenvolvida no município de Aracaju, nas Unidades de Saúde da Família e na Unidade Municipal de Referência para o tratamento de hanseníase. Também será utilizada a estrutura do serviço de informação da vigilância epidemiológica.

Introdução	Adequada
------------	----------

Página 1-2

Dr. Marcos Túlio Raposo
Vice-Coord. Comitê de Ética em Pesquisa
Universidade Tiradentes

10/12/08

Cont. Anexo 4.

Comentários sobre a Introdução

Objetivos	Adequados
-----------	-----------

Comentários sobre os Objetivos

Pacientes e Métodos	
Delineamento	Adequado
Tamanho de amostra	Total 60 Local
Cálculo do tamanho da amostra	Adequado
Participantes pertencentes a grupos especiais	Não
Seleção equitativa dos indivíduos participantes	Adequada
Crêterios de inclusão e exclusão	Adequados
Relação risco- benefício	Adequada
Uso de placebo	Não utiliza
Período de suspensão de uso de drogas (wash out)	Não utiliza
Monitoramento da segurança e dados	Adequado
Avaliação dos dados	Adequada - quantitativa
Privacidade e confidencialidade	Adequada
Termo de Consentimento	Adequado
Adequação às Normas e Diretrizes	Sim

Comentários sobre os itens de Pacientes e Métodos

Cronograma	Adequado
Data de início prevista	02/08
Data de término prevista	12/09
Orçamento	Adequado
Fonte de financiamento externa	Não

Comentários sobre o Cronograma e o Orçamento

Referências Bibliográficas	Adequadas
----------------------------	-----------

Comentários sobre as Referências Bibliográficas

Recomendação

Aprovar

Comentários Gerais sobre o Projeto

O projeto é de grande relevância para a comunidade científica e está sendo aprovado por este comitê.

Rafaela D. da Rocha
 Vice-Coord. Comitê de Ética em Pesquisa
 Universidade Tiradentes

Página 2-2

10/12/08

Anexo 5: Termo de consentimento livre e esclarecido - Profissional de Saúde

Faculdade de Medicina da USP Programa de Pós-Graduação em Medicina Preventiva Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo Nº _____ PS

Pesquisa: AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE CONTROLE DA HANSENÍASE NA REDE BÁSICA, EM ARACAJU-SE

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA

1. Nome:.....
 Doc. Identidade Nº: Sexo: M () F () Data Nasc:/...../.....
 Endereço: Nº
 APTO: Bairro: Cidade:
 CEP:..... Telefone: (.....)

A Faculdade de Medicina da USP, com a colaboração da Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju, está desenvolvendo a pesquisa ***“Avaliação da implantação do programa de controle da hanseníase na rede básica, em Aracaju-SE”***, coordenada pela Profª Drª Maria Ines Battistella Nemes e pelo pesquisador Marcos Túlio Raposo.

Neste momento estamos convidando você para participar do estudo. Caso você concorde em participar saiba que:

- Você participará da pesquisa respondendo a um questionário sobre sua rotina de trabalho e do funcionamento da unidade de saúde;
- Você poderá participar de uma entrevista (aproximadamente meia hora) ou de um “grupo focal” (em média 1 hora de duração), nos quais serão abordados temas como sua prática como profissional na rede básica e a implantação do Programa de Controle da Hanseníase no município;
- Esta pesquisa não avaliará o seu desempenho como profissional, apenas fará um levantamento da forma como, num conjunto, os profissionais do PSF desenvolvem as Ações de Controle da Hanseníase no município e descreverá a execução do programa.
- Todas as informações obtidas serão confidenciais, não serão repassadas para ninguém ou nenhuma instituição, e nenhum participante será identificado na análise e publicação do material obtido;
- Você poderá interromper sua participação na pesquisa no momento que desejar, sem risco de quaisquer penalidades ou prejuízos pessoais ou profissionais;
- Não há despesas pessoais para que você participe do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação;
- Em qualquer etapa do estudo, você poderá contatar os responsáveis pela pesquisa nos seguintes endereços:

Dra. Maria Ines Battistella Nemes / Marcos Túlio Raposo:

Av. Dr. Arnaldo, 455, 2º andar, sala 2172, Cerqueira César – São Paulo-SP, CEP 01246-903, telefone (11) 3061-7078.

e-mail: mibnemes@usp.br; tulio.raposo@hotmail.com.

Se houver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP):

Rua Ovídio Pires de Campos, 225, 5º andar. São Paulo-SP. Telefone (11) 3069-6442 ramais 16, 17, 18 ou 20, FAX: 3069-6442 ramal 26.

e-mail: cappesq@hcnet.usp.br.

Ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Tiradentes

Av. Murilo Dantas, 300, Farolândia, Aracaju-SE. CEP: 49.032-490. Telefone (79) 3218-2122.

e-mail: cep@unit.br.

É importante que você saiba:

- A pesquisa será realizada durante o seu horário de trabalho;
- Você pode ter inconvenientes ao responder perguntas;
- Fique à vontade para relatar qualquer problema que você tiver.

Como resultado da pesquisa, esperamos melhorar o conhecimento sobre o funcionamento do Programa de Controle da Hanseníase na atenção básica em Aracaju-SE e, desta forma, melhorar a qualidade da assistência.

Caso você queira participar e esteja de acordo com estes termos, por favor, pedimos que dê seu consentimento, assinando este termo.

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar da presente pesquisa.

Data: ____/____/____

.....

Assinatura do participante

Os responsáveis pela pesquisa assinam o seguinte termo de compromisso com você.

Termo de Compromisso

O coordenador da pesquisa e todos os demais pesquisadores comprometem-se a conduzir todas as atividades desta pesquisa de acordo com os termos do presente Consentimento.

Data: ____/____/____

.....

Investigador

8. REFERÊNCIAS

Alencar CHM, Barbosa JC, Ramos Jr NA, Alencar MJF, Pontes RJS, Castro CGJ, Heukelbach J. Hanseníase no município de Fortaleza, CE, Brasil: aspectos epidemiológicos e operacionais em menores de 15 anos (1995-2006). *Rev bras enferm.* 2008;61(spe):694-700

Alencar MJF, Manguiera JO, Novaes MC, Paiva RAC, Vasques GRS, Melo ILA, et al. "INTEGRAHANS": potencialização de casos novos na atenção primária em Fortaleza/CE. *Hansen Int.* 2008;33(Suppl 1):99.

Almeida PF, Giovanella L, Mendonça MHM, Escorel S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad saúde pública.* 2010;26:286-298

Amorim AA, Nogueira DMB, Luz VLES, Alencar CH. Fatores determinantes para baixa cobertura e qualidade da avaliação de contatos de hanseníase pela estratégia saúde da família no município de Teresina, Piauí. *Hansen int.* 2010;35(Suppl 1):97

Andrade V. A descentralização das atividades e a delegação das responsabilidades pela eliminação da hanseníase ao nível municipal. *Bol Pneum San.* 2000;8(1):47-51.

Aquino DMC, Santos JS, Costa JML. Avaliação do programa de controle da hanseníase em um município hiperendêmico do Estado do Maranhão, Brasil, 1991-1995. *Cad saúde pública.* 2003;19:119-125

Aracaju. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Vigilância Epidemiológica. *Relatório: Epidemiologia da hanseníase.* Aracaju, 2006. Mimeografado.

Aracaju. Programa de Vigilância Epidemiológica de Agravos Transmissíveis. Protocolo da equipe de saúde das unidades básicas nas ações de eliminação da hanseníase. 200-. [citado 05 maio 2011]. Disponível em: http://www.aracaju.se.gov.br/userfiles/epidemiologicos/protocolo_vigilancia_e_pidemiologica_cont.pdf

Arantes CK, Garcia MLR, Filipe MS, Nardi SMT, Paschoal VD. Avaliação dos serviços de saúde em relação ao diagnóstico precoce da hanseníase. Health services assessment of early leprosy diagnosis. *Epidemiol serviço saúde.* 2010;19:155-164

Assis MMA, Nascimento MAA, Lima WCMB, Oliveira SS, Franco TB, Jorge MSB et al. Dimensões teóricas e metodológicas da produção do cuidado em saúde. In: Assis MMA, Nascimento MAA, Franco TB, Jorge MSB (orgs.). *Produção do cuidado no programa Saúde da Família: olhares analisados em diferentes cenários*. Salvador: EDUFBA, 2010. p.13-38.

Bainson, AB. Integrating leprosy control into primary health care: the experience in Ghana. *Lepr Rev.* 1994;65:376-84.

Barbosa JC. *Pós-alta em hanseníase no Ceará: olhares sobre políticas, rede de atenção à saúde, limitação funcional, de atividades e participação social das pessoas atingidas* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2009.

Barro MPAA. Avaliação da situação da hanseníase no município de Londrina de 1997 a 2001: aspectos epidemiológicos, operacionais e organizacionais. *Hansen int.* 2004;29(2):110-17.

Barua S, Wakai S, Shwe T, Umenai T. Leprosy elimination through integrated basic health services in Myanmar: the role of midwives. *Lepr Rev.* 1999;70(2):174-9.

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

Brandsma J W, van Brakel WH. WHO disability grading: operational definitions. *Lepr Rev.* 2003;74(4):366-73.

Brandão P. Assistência ao portador de hanseníase. *Rev bras enferm.* 2008;61(Spe):782-83.

Brasil. Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília (DF). 1990 20 set. 1990a. Seção 1. p. 18055.

Brasil. Lei n. 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília(DF). 31 dez. 1990b. p. 25694. 169º da Independência. 102º da República.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília(DF), 1997.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Guia para implantar/implementar as atividades de controle da hanseníase*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1999.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1073/GM de 26 de setembro de 2000. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF). 2000a 28 set.;Seção1:18

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 816 de 26 de julho de 2000. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF). 2000b 27 de jul.;Seção1-144E:26

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Controle da hanseníase na atenção básica: guia prático para profissionais da equipe de saúde da família*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Controle da hanseníase na atenção básica: guia prático para profissionais da equipe de saúde da família*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001b

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Dermatologia Sanitária. *Guia para o controle da hanseníase*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Série Pactos pela Saúde 2006, vol. 4. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006a.

Brasil. 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): Ministério da Saúde; 2006b

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. *Política nacional de atenção básica*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006c.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 648, de 28 de março de 2006. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF). 2006d 29 de mar.;Seção1:71

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *A responsabilidade da Atenção Básica no diagnóstico precoce da hanseníase*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007a. (Informe da Atenção Básica, n. 42).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. *Liberação da versão SINAN NET 2.0*. Brasília (DF), 2007b. (Nota Técnica, n. 10).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Vigilância em saúde: dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007c.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Guia metodológico de avaliação e definição de indicadores: doenças crônicas não transmissíveis e Rede Carmem*. – Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007d.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.625, de 10 de julho de 2007. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF). 2007e 11 de jul.;Seção1:47

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional de Controle da Hanseníase. *Vigilância em saúde: situação epidemiológica da hanseníase no Brasil*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008a

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde/PNCH. Relatório executivo do PNCH, Brasília, DF, 2008b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Relatório de gestão do Programa Nacional de Controle da Hanseníase – PNCH: maio de 2007 a dezembro de 2008*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009a.

Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar*. Rio de Janeiro (RJ): Agência Nacional de Saúde Suplementar; 3. ed. rev. e atual, 2009b.

Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria Conjunta n. 125 de 26 de março de 2009. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF). 2009c 27 de mar.;Seção1:73

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Hanseníase no Brasil: dados e indicadores selecionados*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009d.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.125 de 07 de outubro de 2010. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF). 2010 15 de out.;Seção1:55

Cavalcante MGS, Samico I, Frias PG, Vidal SA. Análise de implantação das áreas estratégicas da atenção básica nas equipes de Saúde da Família em município de uma Região Metropolitana do Nordeste Brasileiro. *Rev bras saúde matern infant*. 2006; 6(4):437-445.

Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia de Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad saude publica*. 2008;24(Supl.1):s7-s16

Contandriopoulos A, Champagne F, Denis J, Pineault R. Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In In: Hartz ZMA. *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 29-48

Contandriopoulos AP. Is the institucionalization of evaluation sufficient to guarantee its practice? *Cad saude publica*. 1999;15(2):253-6.

Conte ECM, Magalhães LCB, Cury MRCO, Soubhia RMC, Nardi SMT, Paschoal VD, et al. Situação Epidemiológica da hanseníase no município de São José do Rio Preto. *Arq ciênc saúde*. 2009;16:149-154

Cunha MD, Cavaliere FAM, Hércules FM, Duraes SMB, Oliveira MLW, Matos HJ. Os indicadores da hanseníase e as estratégias de eliminação da doença, em município endêmico do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad saude publica*. 2007;23(5):1187-1197

Cunha SS; Rodrigues LC; Moreira S; Carvalho LC; Barreto ML; Dourado I. Updates trends in the detection of new cases of leprosy in the state of Bahia, Brazil. *Int J Lepr Other Mycobact Dis*. 2001;69(4):308-17.

DATASUS. [citado 27 junho 2010]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/>

Deepak S. Answering the rehabilitation needs of leprosy-affected persons in integrated setting through primary health care services and community-based rehabilitation. *Indian J Lepr*. 2003;75(2):127-42

Dessunti EM, Soubhia Z, Alves E, Aranda CM, Barro MPAA. Hanseníase: o controle dos contatos no município de Londrina-PR em um período de dez anos. *Rev bras enferm*. 2008;62(Spe):689-693

Di Villarosa FN. *A estimativa rápida e a divisão do território no Distrito Sanitário – Manual de Instruções – Série desenvolvimento de serviços de saúde 11*. Brasília: OPS Representação do Brasil; 1993.

Donabedian A. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. In: *Explorations in Quality Assessment and Monitoring* (A. Donabedian), vol. I, pp. 77-125, Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press. 1980

Donabedian A. The seven pillars of quality. *Arch Pathol Lab Med*. 1990;114(11):1115-8.

Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, Rodrigues MA. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da atenção básica à saúde. *Ciênc saúde coletiva*. 2006; 11(3):669-681.

Feenstra P, Visschedijk J. Leprosy control through general health services: Revisiting the concept of integration. *Lepr Rev*. 2002;73:111-22.

Felisberto E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. *Rev bras saúde matern infant*. 2004; 4(3):317-321.

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

Figueiredo IA, Silva AAM. Aumento da detecção de casos de hanseníase em São Luis, Maranhão, Brasil, de 1993 a 1998. A endemia está em expansão? *Cad Saúde Pública*. 2003;19:439-45.

Fleury RN. Recidivas em hanseníase. *Hansen int*. 2006;31(1):5-6.

Fuzikawa PL. *Avaliação da descentralização das ações de controle de hanseníase no município de Betim/MG: prevenindo incapacidades?* [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2007.

Fuzikawa PL, Acúrcio FA, Velema JP, Cherchiglia ML. Decentralisation of leprosy control activities in the municipality of Betim, Minas Gerais State, Brazil. *Lepr Rev*. 2010a;81:184-95.

Fuzikawa PL, Acúrcio FA, Velema JP, Cherchiglia ML. Factors which influenced the decentralisation of leprosy control activities in the municipality of Betim, Minas Gerais State, Brazil. *Lepr Rev*. 2010b;81:196-205

Giovanella L; Escorel S, Mendonça MHM. *Estudo de caso sobre implementação da estratégia saúde da família em quatro grandes centros urbanos: relatório final Aracaju*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2009.

Góes MAO, Sales SOC, Vicente TAR. Perfil clínicoepidemiológico da hanseníase no município de Aracaju/SE no período de 1996 a 2003. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2004;37(Suppl I):297

Gomes CCD, Pontes MAA, Gonçalves HS, Penna GO. Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes diagnosticados com hanseníase em um centro de referência na região nordeste do Brasil. *An Bras Dermatologia*. 2005; 80(Suppl3):s283-s88

Hartz ZMA. *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

Hartz, ZMA, Pouvourville G. A avaliação de eficiência em saúde: a eficiência em questão. *Ciênc Saúde Coletiva*. 1998;III(1):68-82.

Hartz ZMA. Avaliação dos programas e saúde: perspectivas teórico-metodológicas e políticas institucionais. *Ciênc saúde coletiva*. 1999; 4(2):341-53

Hinrichsen SL, Pinheiro MRS, Jucá MB, Rolim H, Danda GJN, Danda, DMR. Aspectos epidemiológicos da hanseníase na Cidade de Recife, PE em 2002. *An Bras Dermatologia*. 2004;79(4):413-21.

Ignotti E. O paradoxo dos indicadores de monitoramento e eliminação da hanseníase [tese]. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro;, 2004

Imbiriba ENB, Silva Neto ALD, Souza WVD, Pedrosa V, Cunha MDG, Garnelo L. Social inequality, urban growth and leprosy in Manaus: a spatial approach. *Rev saúde pública*. 2009;43:01-08

Kasturiaratchi ND, Sttinayake S, Grewal P. Process and challenges: how the Sri Lankan health system managed the integration of leprosy services. *Lepr Rev*. 2002;73:177-85.

Lana FCF, Lima RF, Araújo MG, Fonseca PTS. Situação epidemiológica dahanseníase no município de Belo Horizonte/MG - Período 92/97. *Hansen int*. 2000;25:121-132

Lana FCF, Meléndez JGV, Branco AC, Teixeira S, Malaquias LCC, Oliveira VAC, et al. Transmissão e Controle da Hanseníase no Município de Governador Valadares/MG - Período de 1990 a 2000. *Hansen int*. 2002;27:83-92

Lana FCF, Lanza FM, Velásquez-Melendez G, Branco AC, Teixeira S, Malaquias LCC. Distribuição da hanseníase segundo sexo no Município de Governador Valadares, Minas Gerais, Brasil. *Hansen int*. 2003;28:131-137

Lana FCF, Amaral EP, Lanza FM, Lima PL, Carvalho ACN, Diniz LG. Hanseníase em menores de 15 anos no Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil. *Rev Bras Enferm*. 2007;60(6):696-700.

Lanza FM. *Tecnologia do Processo de Trabalho em Hanseníase: Análise das Ações de Controle na Microrregião de Almenara, Minas Gerais* [dissertação]. Belo Horizonte; Universidade Federal de Minas Gerais; 2009.

Lockwood DNJ, Suneetha S. Leprosy: too complex a disease for a simple elimination paradigm. *Bull World Health Organ.* 2005;83(3), p.230-235.

Lombardi C, Ferreira J, Motta CP, Oliveira MLW. *Hanseníase: epidemiologia e controle*. São Paulo (SP): IMESP/SAESP; 1990.

Magalhães MCC, Rojas LI. Diferenciação territorial da hanseníase no Brasil. *Epidemiol serv saúde.* 2007;16:75-84

Mastrangelo G, Scoizzato L, Fadda E, Silva GV, Santos LJ, Cegolon L. Epidemiological pattern of leprosy in an endemic area of North-East Brazil, 1996-2005: the supporting role of a Nongovernmental Organization. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2009;42(6):629-632

Matos HJ, Duppre N, Alvim MFS, Sarno EN, Struchiner CJ. Epidemiologia da hanseníase em coorte de contatos intradomiciliares no Rio de Janeiro (1987-1991). *Cad saúde pública.* 1999;15:533-542

Medina MG et al. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: Hartz ZMA, Silva LMV. *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador/Rio de Janeiro: EDUFBA, Fiocruz, 2005. p. 41-63

Meima A, Richardus JH, Habbema JDE. Trends in leprosy case detection worldwide since 1985. *Lepr Rev.* 2004;75(1)19-33.

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

Miranzi SSC, Pereira LHM, Nunes AA. Perfil epidemiológico da hanseníase em um município brasileiro, no período de 2000 a 2006. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2010;43:62-67

Morais SG, Rodrigues FP, Branco AC, Malaquias LCC, Cypriano RLB, Estevez MF, et al. Vigilância dos contatos intradomiciliares de hanseníase em Governador Valadares/MG no período de 2001 a 2006. *Hansen int.* 2010;35(Suppl 1):128

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

Moreira MV, Waldman EA, Martins CL. Hanseníase no Estado do Espírito Santo, Brasil: uma endemia em ascensão? *Cad saúde pública.* 2008;24:1619-1630

Namadi A, Visschedijk J, Samson K. The leprosy elimination campaign in Jigawa, Nigeria: an opportunity for integration. *Lepr Rev.* 2002;73(2):138-146.

Nascimento EA, Andrade MAN, Raposo MT, Almeida MLD, Barbosa JC, Ramos Junior AN. Hanseníase: o desenvolvimento das ações de controle na ótica de médicos e enfermeiros do Programa de Saúde da Família em Sergipe. *Hansen int.* 2005;30(1):97-97.

Nascimento EA, Raposo MT, Andrade MAN, Almeida MLD, Barbosa JC, Ramos Junior. Supervisão das atividades de controle da hanseníase na atenção básica em Sergipe. In: anais VIII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, XI Congresso Mundial de Saúde Pública. 2006, Rio de Janeiro.

Nemes MIB. *A Hanseníase e as Práticas Sanitárias em São Paulo: 10 Anos de Sub-Programa de Controle da Hanseníase na Secretaria de Estado da Saúde (1977-1987)* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 1989.

Nemes MIB. *Avaliação do trabalho programático na atenção primária à saúde* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 1995.

Nemes MIB. A prática programática em saúde. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB (orgs.). *Saúde do adulto: programas e ações em unidade básica*. São Paulo: HUCITEC, 1996. p. 47-64.

Nemes MIB. Prática programática em saúde. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB (orgs.). *Saúde do adulto: programas e ações em unidade básica*. 2ª edição. São Paulo: HUCITEC, 2000. p.48-65

Nemes MIB. *Avaliação em saúde: questões para o Programa de DST/AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro: Associação brasileira interdisciplinar de AIDS (ABIA). 2001.

Nemes MIB, Castanheira ERL, Melchior RA, Alves MTSSB, Basso CR. Avaliação da qualidade da assistência no programa de AIDS: questões para a investigação em serviços de saúde no Brasil. *Cad saude publica.* 2004. 20;(supp2):s310-21.

Novaes HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Rev saúde pública.* 2000;34(5):547-559.

Oliveira MLW, Grossi MAF, Oliveira CF, Sena Neto SA, Daxbacher E, Penna GO. Commitment to reducing disability: the brazilian experience. *Lepr rev.* 2010;81:342-345

Opromolla PA, Dalben I, Cardim M. Análise da distribuição espacial da hanseníase no Estado de São Paulo, 1991-2—2. *Rev Bras Epidemiol*. 2005;8:356-64.

Organização Mundial da Saúde. Programa de Ação para a Eliminação da Hanseníase. *Um guia para eliminar a hanseníase como problema de saúde pública*. Genebra, 1995.

Organização Pan-Americana de Saúde. *Monitoramento da eliminação da hanseníase (LEM)*. Brasília, 2004.

Patton MQ. *Utilization-focused evaluation. The new century text*. Thousands Oaks- London- New Deli: SAGE Publications, 1997.

Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev. Saúde Pública*. 2001;35(1):103-109.

Penna MLF, Penna GO. Trend of case detection and leprosy elimination in Brazil. *Trop med int health*. 2007;12:647-650.

Penna MLF, Oliveira MLW, Carmo EH, Penna GO, Temporão JG. The influence of increased access to basic healthcare on trends in Hansen's disease detection rate in Brazil from 1980 to 2006. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2008;41(supl.2):6-10.

Penna MLF, Oliveira MLW, Penna GO. The epidemiological behaviour of leprosy in Brazil. *Lepr Rev*. 2009;80:332-44.

Perrin E. Some thoughts on outcomes research, quality improvement, and performance measurement. *Medical Care*. 2002:89-91.

Pimentel MIF, Andrade M, Valle CLP, Xavier AGM, Bittencourt ALP, Macedo LFS. Descentralização do diagnóstico e tratamento da hanseníase no Estado do Rio de Janeiro: Avanços e Problemas. *Hansen int*. 2004;29(2):94-100.

Prata PB, Bohland AK, Vinhas SA. Aspectos epidemiológicos da hanseníase em localidades do Estado de Sergipe, Brasil, período de 1994-1998. *Hansen int*. 2000;25:49-53

Ramos Jr AN, Heukelbach J, Gomide M, Hinders DC, Schreuder PAM. Investigações em sistemas de serviços de saúde como ferramenta para o alcance de programas de controle da hanseníase mais efetivos no Brasil. *Cad Saúde Colet*. 2008;16(2):147-168.

Rao VP, Bhuskade RA, Raju MS, RAO PV, Desikan KV. Initial experiences of implementation of functional integration (FI) in LEPRA India projects in Orissa. *Lepr Rev*. 2002;73(2):167-76.

Rao OS, Gift N, Rao GS, Samuel P, Bushanam RS. Elimination of leprosy: the integration of leprosy related activities into the general health services of Tamil Nadu. *Lepr Rev.* 2002;73(2):123-129.

Raposo MT, Nascimento EA, Andrade MN, Barbosa JC, Ramos Junior AN. Satisfação do usuário em municípios hiperendêmicos para hanseníase em SE. *Hansen int.* 2005;30:86-86.

Resende WX, Sousa HTR, Souza RM. Índices de Áreas Verdes Públicas: uma Avaliação Fitogeográfica da Qualidade Ambiental em Aracaju.. In: XIII Simpósio Brasileiro de Geografia Física e Aplicada, 2009, Viçosa. Anais XIII Simpósio Brasileiro de Geografia Física e Aplicada. Viçosa: Editora da Universidade Federal de Viçosa, 2009. v. 01. p. 01-19.

Sabroza, Paulo Chagastelles; Santos, Elizabeth Moreira dos; Andrade, Vera; Hartz, Zulmira. Linhas de Pesquisas operacionais na área de hanseníase no âmbito da vigilância em saúde – uma proposta. *Hansen int.* 2000;25(2):143-6.

Sala A, Nemes MIB, Cohen DD. Metodologia de avaliação do trabalho na atenção primária à saúde. *Cad. Saúde Pública.* 1998;14(4):741-51.

Sala A, Nemes MIB, Cohen DD. A avaliação na prática programática. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB (orgs.). *Saúde do Adulto: Programas e ações na unidade básica*. 2ª edição. São Paulo: Hucitec, 2000. p.173-193

Samy AA. Leprosy Referral Centre: an intervention critical to sustain elimination and support integration. *The Journal of Communicable Diseases.* 2006;38(1):15-23.

Santos LP, Rabay FO. Perfil epidemiológico da hanseníase no município de Taubaté – SP no ano de 1999. *Hansen int.* 2001;26:112-116

Serapione M. Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. *Revista Crítica de Ciências Sociais.* 2009;85:65-82.

Sergipe. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenação de Vigilância Epidemiológica. *Relatório: A descentralização das ações em nível municipal e sua interferência no controle da hanseníase em Sergipe*. Aracaju, 2005. Mimeografado.

Sergipe. Ministério Público do estado de Sergipe. 2008. [citado 30 abril 2011]. Disponível em: <http://www.mp.se.gov.br/NoticiaExibir.aspx?id=3648>

Serviço Nacional de Lepra. *Tratado de Leprologia*. Rio de Janeiro, 1950. V.1, Tomo I.

Silva LMV. Conceitos, abordagens e estratégias para avaliação em saúde. In: Hartz ZMA, Silva LMV. *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador/Rio de Janeiro: EDUFBA, Fiocruz, 2005. p. 15-39.

Silva Sobrinho RA, Mathias TAF. Perspectivas de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública no Estado do Paraná, Brasil. *Cad saude publica*. 2008;24(2):303-14.

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

Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

The International Federation of Anti-Leprosy Association. *Interpretation of epidemiological indicators in leprosy*. London: The International Federation of Anti-Leprosy Association (ILEP); 2001.

Trad LAB, Bastos ACS. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. *Cad saude publica*. 1998; 14(2):429-35.

Varkevisser CM, Lever P, Alubo O, Burathoki K, Idawani C, Moreira TM, et al. Gender and leprosy: case studies in Indonesia, Nigeria, Nepal and Brazil. *Lepr rev*. 2009;80:65-76

Vieira IR, Dôliveira SLD. *Avaliação da Estratégia de descentralização do atendimento do Programa de Controle da Hanseníase em Guarapuava - Paraná*. Formulação e Gestão de Políticas Públicas no Paraná: Reflexões, Experiências e Contribuições. 1 ed. Cascavel: Editora UNIOESTE, 2010, v. 2, p. 549-568.

Visschedijk J; Engelhard A; Lever P; Grossi MA; Feenstra P. Leprosy control strategies and the integration of health services: an international perspective. *Cad saude publica*. 2003;19(6):1567-81

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

World Health Organization. *World Health Report*. Geneva, World Health Organization, 2000.

World Health Organization. *Weekly epidemiological record*. Geneva, ano 80, n.13, p.118-124, apr. 2005.

World Health Organization. *Weekly epidemiological record*. Geneva, ano 82, n.25, p.225-232, jun. 2007.

World Health Organization. *Weekly epidemiological record*. Geneva, ano 84, n.33, p.333-340, aug. 2009.

World Health Organization. *Weekly epidemiological record*. Geneva, ano 85, n.35, p.337-348, aug. 2010a.

World Health Organization. Leprosy. Report by the Secretariat - EB126/2010/REC/2. 2010b