

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO EM CIÊNCIAS E SAÚDE**

ELIZANE VIANA EDUARDO PEREIRA

**AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS DAS AÇÕES DO PROGRAMA DE CONTROLE
DA HANSENÍASE DESENVOLVIDAS NO MUNICÍPIO DE TERESINA**

TERESINA
2010

ELIZANE VIANA EDUARDO PEREIRA

**AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS DAS AÇÕES DO PROGRAMA DE CONTROLE
DA HANSENÍASE DESENVOLVIDAS NO MUNICÍPIO DE TERESINA**

Dissertação apresentado ao Programa de Mestrado em Ciências de Saúde da Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Ciências e Saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a Lidya Tolstenko Nogueira

Área de Concentração: Política, Planejamento e Gestão em Saúde.

Linha de Pesquisa: Análise de Políticas, Sistemas, Programas e Serviços de Saúde.

TERESINA
2010

Pereira, Elizane Viana Eduardo

P436a

Avaliação dos resultados das ações do programa de controle da hanseníase desenvolvidas no município de Teresina. / Elizane Viana Eduardo Pereira. – Teresina, 2010.

73f.

Dissertação (Mestrado em Ciências e Saúde) – Centro de Ciências da Saúde - Universidade Federal do Piauí.

Orientação: Lidya Tolstenko Nogueira.

ELIZANE VIANA EDUARDO PEREIRA

**AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS DAS AÇÕES DO PROGRAMA DE CONTROLE
DA HANSENÍASE DESENVOLVIDAS NO MUNICÍPIO DE TERESINA**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Ciências e Saúde da Universidade Federal do Piauí, para obtenção de título de Mestre em Ciências e Saúde. Área de Concentração: Política, Planejamento e Gestão em Saúde. Linha de Pesquisa: Análise de Políticas, Sistemas, Programas e serviços de Saúde.

Aprovada em: 30 de abril de 2010

Profª Drª Lídyá Tolstenko Nogueira - UFPI

Orientadora

Profª Drª Maria Leide Wan Del Rey de Oliveira - UFRJ

Primeiro Examinador

Prof. Dr. Lauro Lourival Lopes Filho - UFPI

Segundo Examinador

Prof. Dr. Viriato Campelo – UFPI

Suplente

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho aos meus filhos Gabriel, Maria Cecília e João Marcelo, por mais uma vez aceitarem a minha ausência, mesmo estando ao seu lado, e pela força necessária nessa caminhada;

Ao meu marido Marcelo, companheiro e incentivador;

À minha mãe que tem sabido esperar a minha atenção e fazer companhia aos netos quando não estou presente;

Ao meu irmão Tarcísio e cunhada Ludmila, pelo incentivo e apoio tecnológico;

A meu pai, e minhas irmãs que mesmo distante, sei que torcem pelo meu sucesso;

Aos meus cunhados pelo carinho.

AGRADECIMENTOS

À Deus que ilumina o meu caminho, que me abençoa todos os dias, e que não me deixa perder a esperança.

À minha orientadora, Prof^ª. Dr^ª. Lídyá Tolstenko, por acreditar, incentivar e pelo exemplo de dedicação à pesquisa.

Ao professor João Batista Teles, pelo apoio estatístico.

À Prof^ª. Dr^ª. Maria Leide Wan Del Rey de Oliveira, ao Prof. Dr. Lauro Lourival Lopes Filho e ao Prof. Dr. Viriato Campelo, pela participação nas bancas examinadoras, pela leitura atenta e contribuições valiosas.

Aos colegas de turma do mestrado, pela convivência fraterna, pelos momentos felizes e produtivos.

À Fundação Municipal de Saúde pela disponibilização dos dados.

Aos alunos Herion, Lana, Clóvis, Débora, Camila Teresa, Ana Maria, Camila Beltrão e Ediléia, e as alunas de Enfermagem Conceição e Lígia, bolsistas do PBIC, pela participação na coleta de dados.

Ao enfermeiro do PCH do município, Francisco Formiga pela atenção dispensada.

Aos profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família pela receptividade e colaboração.

Aos usuários do SUS, acometidos pela hanseníase que, gentilmente, nos receberam em suas residências, ou se deslocaram às unidades de saúde, para que pudéssemos entrevistá-los.

A todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste estudo,

O meu muito obrigado!

“o melhor que o homem pode fazer para entender o mundo natural é fazer afirmações limitadas sobre a aparência das coisas com base na observação e na experiência”.
Francisco Sanchez, 1581.

RESUMO

A hanseníase é uma doença infecto-contagiosa que compromete a pele e nervos periféricos com grande potencial incapacitante. Dados da Organização Mundial de Saúde classificam o Brasil como o segundo país no mundo em número de casos no início de 2007 (44.436 casos) e o 1º lugar nas Américas com 93% do total de casos. Na região Nordeste, o Piauí é o segundo estado com maior coeficiente de detecção de casos em menores de 15 anos em 2007 (10,51 casos em 100 mil habitantes), e dentro do estado Teresina contribui com a maior participação, permanecendo como problema de saúde pública. O Programa de Controle da Hanseníase (PCH) no Município de Teresina é descentralizado, com ações desenvolvidas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família, com cobertura de 80% da população. Este estudo teve o objetivo de avaliar as ações do PCH no município de Teresina por meio da análise dos indicadores epidemiológicos e operacionais, do perfil epidemiológico da hanseníase, da identificação do acesso ao programa e da análise do perfil e da capacitação dos profissionais das equipes da ESF. Foram analisados dados consolidados de hanseníase presentes no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) cedidos pela Fundação Municipal de Saúde (FMS), e dados coletados em entrevistas junto aos profissionais das equipes e de usuários, processados nos programas EXCEL e SPSS. Os resultados caracterizaram o município como hiperendêmico com coeficiente de detecção anual médio de 96,21 casos por 100.000 habitantes e coeficiente de detecção anual em menores de 15 anos com pico de 40 casos em 100.000 habitantes. Os profissionais que compõem as equipes foram em sua maioria capacitados, mas referem insegurança em desenvolver as ações e deficiência nas referências dermatológicas. Uma dificuldade constatada refere-se ao apoio fisioterápico ao programa. Já os usuários se mostram satisfeitos com o programa, pois têm informações sobre a doença e o acesso é facilitado. Medidas de intensificação na detecção precoce de casos, na melhoria da infra-estrutura de apoio com participação de profissionais e gestores são necessárias para garantir a efetividade e sustentabilidade no combate a esse agravo.

Descritores: hanseníase, perfil epidemiológico, saúde pública, endemia, controle

ABSTRACT

Leprosy is an infectious disease that compromises the skin and peripheral nerves with great disabling potential. Data from the World Health Organization classified Brazil as the second country in the world in number of cases in early 2007 (44,436 cases) and it has the first position in the Americas with 93% of the total number of cases. In the Northeast region, Piauí is the second state with the highest detection rate of cases in children under 15 years old in 2007 (10.51 cases per 100,000 inhabitants) and Teresina (the capital) contributes with the largest share in the state, where the disease remains a public health problem. The Hansen's Control Program (HCP) in Teresina is decentralized, with actions carried out by Family Health Strategy (FHS) teams, which cover 80% of the population. The aim of this study is to evaluate the measures adopted by the Hansen's Control Program in Teresina. To achieve this, an analysis will be carried out of epidemiological and operational indicators and the epidemiological profile of leprosy. The study will also examine how much access there is to the program and analyze the profile and training of FHS team professionals. Consolidated data of the Information System for Notifiable Diseases (SINAN), provided by the Municipal Health Service Foundation (FMS), were analyzed, as well as data collected during interviews with the professionals of the health teams and the users. Data were processed using SPSS and EXCEL programs. Results characterized the city as hyperendemic with a mean annual detection rate of 96.21 cases per 100,000 inhabitants and annual detection rate in children under 15 years with a peak of 40 cases per 100,000 inhabitants. Most of the professionals who make up the teams had been trained, but mentioned feeling insecure during actions and deficient in dermatological references. One of the difficulties noted regards the lack of physiotherapy support for the program. However, users feel satisfied with the program because they have information about the disease and access is facilitated. Measures to intensify early detection of cases, improvement of the support infrastructure with participation of professionals and managers are required to ensure sustainability and effectiveness in combating this disease.

Keywords: Leprosy (Hansen's disease), epidemiologic profile, public health, endemic, control.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Coeficiente de detecção anual de casos novos de hanseníase e detecção em menores de 15 anos/100.000 habitantes. Teresina (PI), 2001-2008	29
Gráfico 2	Proporção de grau II de incapacidade no momento do diagnóstico e na alta. Teresina (PI), 2001-2008	30
Gráfico 3	Proporção de casos novos com grau de incapacidade avaliado no momento do diagnóstico	31
Gráfico 4	Proporção de casos curados no ano, com grau de incapacidade física avaliado	31
Gráfico 5	Coeficiente anual de prevalência de hanseníase/10.000 habitantes. Teresina (PI), 2001-2008	32
Gráfico 6	Proporção de casos em abandono entre os casos novos diagnosticados	33
Gráfico 7	Proporção de cura de hanseníase entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes. Teresina (PI), 2002-2008.	33

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Taxas de prevalência e de detecção de casos novos nos 4 países que não atingiram a meta de eliminação da hanseníase, 2007.	16
Tabela 2	Frequencia por tipo de saída segundo o ano do diagnóstico.	69
Tabela 3	Distribuição da Hanseníase segundo a forma clínica. Teresina (PI). 2001-2008.	34
Tabela 4	Freqüência de hanseníase segundo classificação OMS. Teresina (PI), 2001-2008.	34
Tabela 5	Freqüência de hanseníase por sexo. Teresina (PI). 2001- 2008	35
Tabela 6	Distribuição dos profissionais das equipes da ESF por tipo, tempo de atuação e realização de atendimento em hanseníase. Teresina, 2009	36
Tabela 7	Distribuição dos profissionais das equipes da ESF segundo a realização, a freqüência, a data, a clientela e a avaliação das capacitações. Teresina, 2009	37
Tabela 8	Distribuição das atividades realizadas por tipo de profissional das equipes da ESF. Teresina, 2009	38
Tabela 9	Distribuição das dificuldades das equipes da ESF em desenvolver as ações do PCH, por profissional. Teresina, 2009	39
Tabela 10	Distribuição dos serviços de fisioterapia de referência para pacientes com incapacidade do PCH encaminhados pelas equipes da ESF, por profissional. Teresina, 2009	39
Tabela 11	Distribuição da realização do diagnóstico segundo a classificação operacional da OMS, condutas em caso de dúvida diagnóstica e frente às reações da doença, por profissional. Teresina, 2009	40
Tabela 12	Distribuição do conhecimento das referências dermatológicas e do formulário específico do PCH por profissional. Teresina, 2009	41
Tabela 13	Distribuição dos usuários do PCH segundo o conhecimento da doença, tipo de tratamento, exame realizado, e motivação	42

da consulta por grau de instrução. Teresina, 2009

Tabela 14	Distribuição dos usuários do PCH segundo recebimento do tratamento específico, das reações da doença e da realização de fisioterapia, por grau de instrução. Teresina, 2009	44
Tabela 15	Distribuição do tempo de deslocamento e de espera dos usuários do PCH nas unidades, e a avaliação que faz do programa, por grau de instrução. Teresina, 2009	45

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS- Agente Comunitário de Saúde

B- Borderline

CEP- Comitê de Ética e Pesquisa

CNS- Conselho Nacional de Saúde

DATASUS- Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

ESF- Estratégia Saúde da Família

FMS- Fundação Municipal de Saúde

FSESP- Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

I- Indeterminada

MB- Multibacilar

MS- Ministério da Saúde

NOB- Norma Operacional Básica

OMS- Organização Mundial de Saúde

OPAS- Organização Panamericana de Saúde

PAC- Programa de Aceleração do Crescimento

PB- Paucibacilar

PCH- Programa de Controle da Hanseníase

PNCH- Programa Nacional de Controle da Hanseníase

PNEH- Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase

PQT- Poliquimioterapia

PSF- Programa Saúde da Família

SESAPI- Secretaria Estadual de Saúde do Piauí

SINAN- Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SUS- Sistema Único de Saúde

SVS- Secretaria de Vigilância em Saúde

T- Tuberculóide

UFPI- Universidade Federal do Piauí

V- Virchowiana

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	Contextualização	13
2.	OBJETIVOS	22
2.1	Objetivo Geral	22
2.2	Objetivo Específico	22
3	JUSTIFICATIVA	23
4	MATERIAL E MÉTODO	24
4.1	Desenho do estudo	24
4.2	Local do estudo	24
4.3	Plano Amostral	24
4.3.1	Participantes (sujeitos) do estudo	25
4.3.1.1	Critérios de inclusão	26
4.3.1.2	Critérios de exclusão	26
4.3.2	Instrumentos para coleta de dados	26
4.3.3	Procedimentos para coleta de dados	27
4.3.4	Organização e análise dos dados	28
4.4	Aspectos éticos	28
5	RESULTADOS	29
6	DISCUSSÃO	46
7	CONCLUSÃO	54
	REFERÊNCIAS	57
	ANEXOS	62
	APÊNDICES	70

1. INTRODUÇÃO

1.1. Contextualização

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa cujo agente etiológico, o *Mycobacterium leprae*, tem afinidade pela pele e nervos periféricos, podendo levar à incapacidade física e funcional responsável pelo o estigma secular que acompanha a doença (TALHARI, 2006).

As primeiras referências à hanseníase foram encontradas na Índia e no Egito, datando do século 7 a.C (FROHN 1933, apud CUNHA, 2002). Higiene precária, alimentação deficiente, moradia inadequada, associado às migrações, guerras e o despreparo da medicina, são fatores relacionados com a disseminação da hanseníase, tornando-a endêmica (CUNHA, 2002, MAGALHÃES, 2005).

A falta de uma terapia adequada possibilitou que esta endemia se arrastasse por muitos séculos, até que o advento da sulfona, na década de 50 do século XX, tornou possível um tratamento específico e a nível ambulatorial. (MARTELLI, 2002).

Após a avaliação dos resultados obtidos com a implantação da poliquimioterapia (PQT) em 1980, que consiste em esquemas terapêuticos que associam três medicações (rifampicina, dapsona e clofazimina), a Organização Mundial de Saúde (OMS) elaborou uma estratégia de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública. A meta estipulada pela OMS, na 44ª Assembléia Mundial de Saúde (1991), definiu um coeficiente de prevalência menor ou igual a 1 caso a cada 10.000 habitantes até o ano 2000.

Observa-se que a incidência global da hanseníase, medida pela detecção de casos novos por ano, está em declínio e se estabilizando (OMS, 2007) em decorrência de medidas instituídas, como o diagnóstico precoce, esquema de tratamento com multidroga e a vigilância dos contatos domiciliares, recomendados pela OMS.

No Brasil a prevalência pontual até março de 2009 foi utilizada como indicador de monitoramento da eliminação da hanseníase, determinada pela Portaria GM/MS número 31, de 8 de julho de 2005, do Ministério da Saúde. Nesse cálculo,

atualmente, entram somente os pacientes que estão em curso de tratamento, para os esquemas paucibacilares (PB), até 6 meses, e multibacilares (MB), até 12 meses. Os casos que ultrapassam estes períodos, os esquemas alternativos e os casos de abandono de tratamento são excluídos. Essa forma de avaliação resultou em uma queda da taxa de prevalência e reflete os aspectos operacionais do programa de eliminação.

O cálculo do coeficiente de detecção passou a incluir como caso novo de hanseníase apenas aqueles presentes na base de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no nível federal, até o dia 15 de janeiro do ano seguinte, ao invés de 31 de março como se fazia anteriormente. Como o SINAN não é um sistema em tempo real, ou seja, os casos diagnosticados não são prontamente notificados, a alteração operacional dos dados determinou uma queda artificial no número de casos novos, de acordo com a Nota Técnica nº. 10/2007 do Ministério da Saúde (MS) - Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH). Com esta medida observou-se redução no número de casos novos detectados. Como a programação de medicamentos utiliza estes dados, a sua subestimação pode levar à falta de medicamentos para os anos seguintes.

A Nota Técnica 10/2007 também define o coeficiente de detecção em menores de 15 anos como o principal indicador epidemiológico da hanseníase, sinalizando o grau de endemia na área, posto que este indicador revela a força de transmissão recente da doença. A portaria nº 125/SVS-SAS, de 26 de março de 2009, determina que a vigilância deva priorizar a descoberta de casos novos através da detecção ativa, com a investigação de contatos, e passiva pela demanda espontânea e encaminhamentos, passando o coeficiente anual de casos novos em menores de 15 anos a ser o indicador mais importante para o controle da endemia, com meta de redução estabelecida em 10% até 2011.

O coeficiente de detecção de casos novos e a proporção de cura de casos novos diagnosticados nos anos das coortes revelam o resultado das atividades de controle (Brasil, MS, 2007).

O elevado grau de incapacidade física no momento do diagnóstico sugere menor atividade na detecção de casos novos, sendo um bom dado epidemiológico para análise da endemia. Associado a esses indicadores, a proporção de casos MB

e o percentual de casos novos por sexo também refletem a qualidade do programa (RICHARDUS, 2007).

O controle da hanseníase no Brasil, durante um longo tempo, era de responsabilidade das unidades federais de saúde. Os pacientes eram atendidos em ambulatórios e consultórios fisicamente isolados dos demais. Após a integração dos Departamentos de Vigilância Epidemiológica à coordenação das Secretarias de Saúde, os atendimentos passaram a ser realizados pelas unidades de saúde das Secretarias Estaduais de Saúde, pelas unidades da Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP), atualmente extinta, e progressivamente por hospitais universitários e algumas unidades municipais de saúde (ANDRADE, 2006)

Em 1990, com absorção das funções do Ministério da Previdência Social pelo Ministério da Saúde, iniciou-se o processo de descentralização, criando-se uma estrutura de integração através do Sistema Único de Saúde (SUS). As ações de controle da hanseníase acompanharam a descentralização instituída pelo SUS-Norma Operacional Básica (NOB)/1993, tornando-se responsabilidade dos municípios, de acordo com a NOB– SUS1996, do MS. A portaria Ministerial Nº 1073/GM, de 26 de setembro de 2000, orienta sobre a implantação do Programa de Controle da Hanseníase (PCH) na atenção básica. Essa medida foi acompanhada de uma política de capacitação de profissionais e implantação do regime da PQT/OMS, obedecendo a classificação operacional da doença em casos paucibacilares (até cinco lesões) e multibacilares, (mais de cinco lesões), com o objetivo de se atingir a meta estipulada pela OMS, de menos de 1 caso de hanseníase em 10.000 habitantes até o ano 2000.

Com vistas a tornar o PCH acessível a qualquer localidade, além das medidas de descentralização do tratamento, capacitação de recursos humanos especializados para diagnosticar e tratar corretamente, foi divulgada uma nova imagem, com fornecimento de material informativo para a população e denominação oficial da doença no Brasil como hanseníase, de acordo com a lei nº. 9.010, de 29 de março de 1995, entre outras (ANDRADE, 2006).

Dentre as estratégias de capacitação de recursos humanos, foi estabelecida educação continuada para os profissionais da rede básica, curso de gestão e gerenciamento para as coordenações de hanseníase, dos estados e de grandes

municípios, produção e distribuição de material técnico, Guias de Controle da Hanseníase e Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde. (RJ, 2000).

Apesar de todas estas medidas implantadas pelo Ministério da Saúde, a hanseníase ainda se apresenta como problema de saúde pública no Brasil, ao lado, no cenário mundial, da República Democrática do Congo, Moçambique e Nepal. Juntos, estes 4 países são responsáveis por 23% de todos os casos novos detectados durante o ano de 2006 e por 34% de todos os casos registrados no início de 2007(OMS, 2007), conforme mostra a tabela 1.

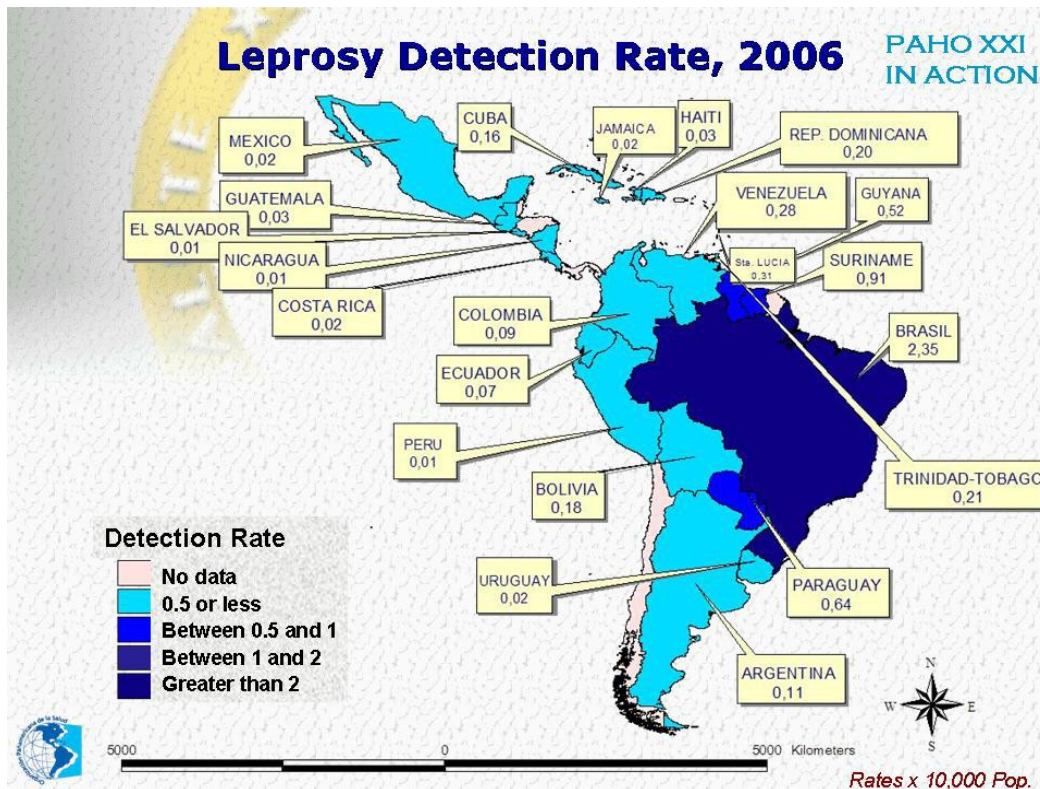
Tabela 1: Taxas de prevalência e de detecção de casos novos nos 4 países que não atingiram a meta de eliminação da hanseníase - 2007

País 2006	Prevalência			Número de casos novos detectados		
	início de 2005	início de 2006	início de 2007	2004	2005	
Brasil 436(23.53)	30 693 (1.7)*	27 313(1.5)	60 567(3.21)	49 384 (26.9)	38 410(20.6)	44
R.D. do Congo 257(13.92)	10 530 (1.9)	9 785(1.7)	8 261(1.39)	11 781 (21.1)	10 737(18.0)	8
Moçambique 637(18.04)	4 692 (2.4)	4 889(2.5)	2 594(1.29)	4 266 (22.0)	5 371(27.1)	3
Nepal 253(15.37)	4 699(1.8)	4 921(1.8)	3 951 (1.43)	6 958 (26.2)	6,150(22.7)	4

Fonte: WHO-Weekly epidemiological record, junho/2007 Genève.

*Em parêntesis as taxas por 10.000 hab.

O Brasil mantém, nas últimas décadas, a situação mais desfavorável na América, com a maior taxa de detecção (figura 1). Em nível mundial é o segundo colocado em número total de casos, ficando atrás somente da Índia (OMS, 2007). A hanseníase entre os brasileiros é, portanto, um problema de saúde pública cujo compromisso está entre as ações prioritárias do Ministério de Saúde, presente no Pacto Pela Saúde em 2006.



Fonte: Organização Panamericana de Saúde. Relatório da situação da hanseníase nas Américas, 2007.

Figura 1: Taxa de detecção da hanseníase, 2006. Disponível em: <http://www.amro.who.int/English/AD/DPC/CD/lep-sit-reg-2007.pdf>. Acesso em 09/04/2008.

Com a implantação do SINAN pelo Ministério da Saúde (Portaria GM/MS Nº 1882 de 18 de dezembro de 1997), co-administrado pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS) e Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS/MS), o qual se encontra em processo de gradual aperfeiçoamento, tornou-se possível desenvolver explorações detalhadas de doenças em diferentes escalas geográficas (MAGALHÃES, 2007).

Dados do SINAN referentes aos coeficientes de detecção e prevalência da hanseníase no Brasil, de 1994 a 2007, mostram um aumento crescente na detecção de casos novos na população geral e em menores de 15 anos até 2003, seguido de redução progressiva até 2007 (MS, 2008)

Em 2007, de acordo com dados do SINAN, o Brasil alcançou um coeficiente de detecção de casos novos de 21,08/100.000 habitantes, e o coeficiente de prevalência de 21,94/100.000 habitantes. A região Nordeste apresentou o terceiro maior coeficiente de detecção de casos novos, 31,53/100.000 habitantes, ficando os estados do Maranhão, Piauí e Pernambuco com os índices mais altos. Ainda em 2007, o coeficiente de detecção de casos novos em menores de 15 anos se mostra

elevado principalmente nos estados na Amazônia Legal, e o Piauí vindo a seguir com 10,51 casos em 100.000 habitantes (MS, 2008). Portanto, a meta de controle da hanseníase, cujo prazo tinha sido estendido para 2005, não foi alcançada a nível nacional e nem maioria dos estados.

Segundo levantamento feito por Campos *et al.*, com dados do SINAN, de 2000-2005, no município de Teresina (PI) houve um decréscimo da prevalência em todas as faixas etárias, exceto na faixa acima de 80 anos, que passou de 26,51 para 49,50 casos por 10.000 habitantes. Em relação à distribuição, a maioria dos casos relatados está na Regional Sul, 1874 casos correspondendo a 36,3% do total de casos notificados. Já Oliveira (2008) registra que entre os menores de 15 anos, a hanseníase é mais prevalente nos bairros antigos da cidade, que se encontram na Regional Norte, e permanece com resultados acima do esperado.

Foi então lançado o Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase em nível municipal 2006-2010 (PNEH, 2006-2010), pela SVS, por meio do Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase. Esse plano tem como objetivo desenvolver ações de promoção e educação em saúde, nos diferentes níveis de complexidade dos serviços, fortalecendo a vigilância epidemiológica da hanseníase, visando mudanças que promovam o controle deste agravo.

O PNEH 2006-2010 também assegura aos doentes de hanseníase assistência completa em relação ao tratamento, inclusive de complicações e seqüelas, em todos os níveis de complexidade de serviços do SUS, assegurando que essas atividades de controle estejam disponíveis e acessíveis a todos, nos serviços de saúde mais próximos de suas residências. Porém o objetivo principal no controle e eliminação da hanseníase, como problema de saúde pública, continua sendo o aumento da oferta de serviços de saúde na rede básica, com a detecção precoce dos casos, a oferta de tratamento poliquimioterápico, a prevenção de incapacidades e a vigilância de comunicantes em todos os municípios.

Apesar de a hanseníase ter apresentado uma tendência de estabilização dos coeficientes de detecção, os níveis elevados das regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste, principalmente em menores de 15 anos contribuíram para fortalecer meta proposta pelo PNCH, que elege este indicador para monitorar a endemia, fazendo parte do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC- Mais Saúde/MS), de

reduzir a 10% o coeficiente de detecção em menores de 15 anos, ao final de 2011 (MS, 2008). Para tanto, entre outras atividades, há necessidade de notificação de casos e avaliação de dados, e exame dos contatos com vistas à interrupção das fontes de infecção.

Assim, a integração entre os serviços de hanseníase e os serviços gerais de saúde é imprescindível e pode ser considerada estratégia central para garantir que o controle da hanseníase seja eficaz e equitativo e, conseqüentemente, sustentável (VISSCHEDIJK, 2003), princípio sob qual se baseia o PNEH 2006-2010.

Segundo Hartz e Contandriopoulos (2004, p. 331)

Integração, teoricamente, significa coordenação e cooperação entre os provedores dos serviços assistenciais de saúde para criação de um autêntico sistema de saúde, que assegure a continuidade e globalidade dos serviços necessários a alguém que sofra de problemas de saúde.

Esse processo de integração pode ser agrupado em uma denominação de integração clínica, apoiada em estratégias de gestão e financiamento, e de integração funcional, que assegura um sistema de informações ágil e flexível, que apoiem tomadas de decisões.

Visschedijk (2003), afirma que integração nos serviços de hanseníase pode ser definida como a colaboração com outros programas ou a completa absorção dos serviços de hanseníase pelo sistema de saúde pública.

Segundo relatórios da OMS (2008), a integração de serviços de hanseníase pode melhorar a consciência sobre a doença, a descoberta de casos novos, o acesso a PQT e a regularidade no tratamento.

O Programa Saúde da Família (PSF) foi lançado pelo governo federal em 1994 para implementar a atenção básica aos municípios, por meio de equipes multiprofissionais, trabalhando nas unidades básicas, com o objetivo de promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação. As equipes de saúde da família desenvolvem ações de saúde da criança, saúde da mulher, saúde mental e bucal, controle da tuberculose, hipertensão, diabetes e controle da hanseníase. (MS, 2008).

As equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias em uma determinada área geográfica. A equipe é formada por um médico da família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde (MS, 2008).

Em 28 de março de 2006, o governo emitiu a Portaria 648, estabelecendo que o PSF como Estratégia prioritária do Ministério da Saúde para organizar a atenção básica, reafirmando os princípios básicos do SUS: universalização equidade, descentralização, integralidade e participação da sociedade.

No Piauí, o PSF foi implantado em 1997 e hoje está presente em 219 municípios, com uma cobertura de 72% da população, o que corresponde a 2.115.528 habitantes. (SESAPI, 2008).

Atualmente, a Fundação Municipal de Saúde de Teresina (FMS) tem 230 equipes de saúde da família implantadas na sua rede assim distribuídas: Regional Sul, 23 unidades de saúde urbanas com 71 equipes e cinco unidades rurais com nove equipes; Regional Centro-Norte, 20 unidades de saúde urbanas com 69 equipes e quatro unidades rurais com cinco equipes e Regional leste/Sudeste, com 21 unidades urbanas com 65 equipes e sete unidades rurais com nove equipes, perfazendo uma cobertura de 80% da população do município (FMS, 2008), de uma total de 778.341 habitantes (IBGE, 2007). Tendo em vista esse nível de cobertura de equipes da ESF desenvolvendo ações de eliminação da hanseníase e a lacuna existente na avaliação do programa, questionamos: as metas do programa estabelecidas pela PNCH/MS/FMS estão sendo atingidas no município de Teresina? O perfil dos profissionais das equipes interfere nos resultados do programa? Os usuários têm acesso às ações do programa?

A avaliação é uma prática de julgamento presente em todos os espaços sociais, desde os tempos mais remotos, e que apresenta ampla variedade conceitual. Segundo Contrandriopoulos *et al.* (1997), "*avaliar é fazer um julgamento sobre uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de auxiliar na tomada de decisões*". Este julgamento pode ser submetido a critérios e normas (avaliação normativa) ou ser realizado por meio de um procedimento científico (pesquisa científica).

Pesquisa avaliativa é definida por Vieira da Silva (2005), como o julgamento que é feito sobre as práticas sociais, como políticas, programas e serviços de saúde, utilizando-se métodos científicos, e preenchendo alguma lacuna do conhecimento sobre o assunto avaliado. Novaes (2000) cita que o objetivo principal ou prioritário no desenvolvimento da pesquisa de avaliação é a produção de um conhecimento reconhecido pela comunidade científica. Refere, ainda, que entre os objetos da pesquisa de avaliação está a identificação de impactos obtidos pelas ações a serem avaliadas, se enquadrando a avaliação de programas.

Para Donabedian (1988), pode-se avaliar um programa abordando: a) estrutura, o que corresponde aos recursos materiais, humanos e organizacionais; b) o processo, que envolve a relação profissional-usuário; e c) os resultados, relacionados com o produto das ações (consultas, exames, visitas) e com a modificação no estado de saúde de indivíduos e da população.

As informações presentes no SINAN permitem a construção de indicadores que, após avaliação, norteiam as tomadas de decisão em relação ao controle da hanseníase. Porém, em virtude da fragilidade do sistema, outros instrumentos de avaliação vêm sendo utilizado na avaliação do programa, como o Leprosy Elimination Monitoring, metodologia desenvolvida pela OMS e OPAS, aplicada também em outros países em desenvolvimento. E o Modelo Teórico de Avaliação, desenvolvido pelo Laboratório de Análise de Situações Endêmicas Regionais, para avaliar programas de controle de quatro doenças endêmicas da Amazônia Legal, inclusive a hanseníase. Ambos têm como objetivos avaliar a integração do programa na rede básica, a qualidade da atenção e fornecer subsídios e recomendações para melhoramento do programa (PATROCLO, 2008).

2. OBJETIVOS

2.1. Geral

Avaliar os resultados das ações do Programa de Controle da Hanseníase desenvolvidas no município de Teresina (PI).

2.2. Específicos

- Analisar os indicadores epidemiológicos e operacionais do Programa de Controle da Hanseníase do município de Teresina.
- Definir o perfil epidemiológico da hanseníase, em relação à idade, sexo, e forma clínica, no município de Teresina, no período 2001-2008.
- Identificar o acesso do usuário às ações básicas e especializadas do Programa de Controle da Hanseníase, no município de Teresina.
- Descrever o perfil e a capacitação dos profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família para desenvolverem ações do Programa de Controle da Hanseníase no município de Teresina.

3. JUSTIFICATIVA

O Brasil é um dos quatro países do mundo que não conseguiu atingir a meta de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública, proposta pela OMS na 44^a Assembléia Mundial de Saúde em 1991. O Piauí participa de maneira importante para esse quadro. Embora o PNCH seja monitorado pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, com os dados do SINAN, avaliar os resultados das ações deste programa no município de Teresina, pode contribuir na busca de subsídios para eliminação deste agravo.

4. MATERIAL E MÉTODOS

4.1. Desenho do estudo

Foi realizada uma pesquisa avaliativa, por meio de um estudo estruturado de evolução temporal, observacional descritivo, o qual seleciona dados de um determinado intervalo de tempo, distribuídos em forma de freqüência.

4.2. Local do estudo

O estudo foi desenvolvido do município de Teresina (PI), em Unidades de Saúde que integram a Fundação Municipal de Saúde, nas quais as equipes ESF desenvolvem ações do Programa de Eliminação da Hanseníase. Foram selecionadas, de forma proporcional, 134 equipes da ESF da zona urbana distribuídas nas três regionais, e 10% do total dos casos novos registrados no PCH ano de 2008 independente de estarem em registro ativo no momento da entrevista.

4.3. Plano amostral

A Fundação Municipal de Saúde de Teresina possui 80 unidades de saúde, todas com equipes da ESF implantadas, sendo 207 equipes distribuídas nas unidades urbanas.

A população objeto do estudo (BOLFARINE, 2005) é o conjunto de médicos, enfermeiros, auxiliares e agentes comunitários de saúde que atuam na zona urbana de Teresina.

Utilizou-se para a retirada da amostra da população uma amostragem casual simples.

A unidade amostral (BABBIE, 1999) foi cada equipe da ESF de Teresina que atua na zona urbana.

A unidade elementar ou de análise (BABBIE, 1999) foi composta pelo o médico, o enfermeiro, o auxiliar e o agente comunitário de saúde da equipe.

A moldura da amostragem (BABBIE, 1999) com a listagem das unidades amostrais enumeradas foi a tabela da FMS sobre o “Consolidado da População Coberta pela ESF até maio de 2008. Essa listagem tem a enumeração de 1 a 207 para efeito de sorteio.

Foram sorteadas 134 equipes. Este tamanho de amostra (n) permitiu estimar o parâmetro (BOLFARINE, 2005) com margem de erro de 5% e nível de confiança de 95%, supondo uma variância máxima do parâmetro, $p = 0,50$ (OLIVEIRA, 2004) na população finita de $N = 207$ equipes.

Para efeito de sorteio da unidade amostral foi utilizada a planilha Microsoft Excel para gerar n números aleatórios entre a 1ª e a Nª (207) equipe da ESF listada na moldura da amostragem.

Em cada equipe sorteada, entrevistaram-se um médico, um enfermeiro, um auxiliar e um agente comunitário de saúde escolhido ao acaso por meio da tabela de números aleatórios, presentes no dia da entrevista.

Foram, portanto 134 elementos da população pesquisados por meio de amostragem.

Os formulários foram estruturados com perguntas fechadas e abertas, e foram aplicados de forma presencial pela autora (BABBIE, 1999), sendo avaliada a precisão e acurácia das respostas.

4.3.1. Participantes (sujeitos) do estudo

Participaram do estudo os profissionais de saúde que compõem as ESF: 74 médicos, 95 enfermeiros, 94 auxiliares de enfermagem e 83 agentes comunitários de saúde, permitindo que se fizesse um perfil do profissional das equipes de saúde que desenvolvem as ações da hanseníase e sua disponibilidade em executar essas ações, e usuários registrados no programa, a fim de que fosse identificado o acesso do paciente ao programa.

4.3.1.1 Critérios de inclusão

Participaram da pesquisa, profissionais das equipes da ESF da zona urbana de Teresina, que estão desenvolvendo ações do PEH, desde o ano 2000 presentes na unidade no momento da pesquisa, em decorrência das dificuldades de distribuição espacial das equipes, e operacionalidade das mesmas, como trabalho de campo, reuniões, férias e outros afastamentos. Em relação aos usuários foram incluídos pacientes em registro ativo no Programa de Controle da Hanseníase, ou que já tenham concluído o tratamento atendido pelas equipes da ESF. As entrevistas tiveram duração média de sete minutos com os profissionais e 15 minutos com os usuários.

4.3.1.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos da amostra profissionais cujas equipes tenham interrompido as ações do PCH, no período de 2000-2008, e casos de recidiva, reingresso e transferências de outro município ou estado.

4.3.2. Instrumentos para coleta de dados

Foram coletados dados da hanseníase consolidados do banco de dados SINAN fornecidos pela FMS, para cálculo de indicadores epidemiológicos e operacionais: a) Coeficiente de detecção anual de casos novos de hanseníase por 100.000 mil habitantes; b) Coeficiente de detecção anual de casos novos na população de 0 a 14 anos por 100.000 habitantes; c) Proporção do grau II de incapacidade avaliado no momento do diagnóstico; d) Proporção do grau II de incapacidade no momento da alta; e) Coeficiente anual de prevalência de hanseníase por 10.000 habitantes; f) Porcentagem de casos novos para cada classificação operacional (paucibacilar e multibacilar); g) Porcentagem de casos novos para cada forma clínica; h) Porcentagem de casos novos por sexo; i) Proporção de casos de hanseníase curados com grau de incapacidade física dentre

os casos avaliados no momento da alta por cura no ano; j) Proporção de casos novos de hanseníase com o grau de incapacidade física avaliado no diagnóstico; l) Proporção de casos curados no ano com grau de incapacidade física avaliado; n) Proporção de cura de hanseníase entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes, e m) Proporção de casos de hanseníase em abandono de tratamento entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes.

Foi aplicado formulário semi-estruturado com perguntas fechadas e abertas, aos profissionais: médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde, componentes das ESF do estudo (APÊNDICE A).

Foi aplicado formulário semi-estruturado com perguntas fechadas aos usuários com registro ativo no programa, para avaliação de acesso (APÊNDICE B).

4.3.3. Procedimentos para a coleta de dados

Foram obtidos dados para elaboração de indicadores epidemiológicos e operacionais da hanseníase, por meio de pesquisa no Banco de dados SINAN.

Foram realizadas entrevistas com os profissionais das ESF selecionadas, que desenvolvem ações do PCH, utilizando-se formulários para coleta de dados nas unidades de saúde das equipes, nos horários de trabalho dos mesmos. Os entrevistados assinaram termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO A) de acordo com a resolução 196/96.

Foi realizada pesquisa junto aos usuários que estavam em registro ativo, ou que tinham sido atendidos pelo Programa de Controle da Hanseníase nas equipes selecionadas, por meio de entrevista com preenchimento de formulário específico, nos horários de agendamento de recebimento da dose mensal supervisionada, ou por busca ativa em suas residências. Foi solicitada a assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido (resolução 196/96).

Os formulários foram aplicados pela pesquisadora, e por alunos de cursos da área de saúde e da iniciação científica devidamente treinados.

Os instrumentos de pesquisa foram avaliados por profissionais da área na pré-banca.

4.3.4. Organização e análise dos dados

Os formulários apresentam questões fechadas com as categorias de respostas exaustivas, ou seja, encerram todas as respostas possíveis, mutuamente exclusivas (BABBIE, 1999 p.200), para que os respondentes se sentissem forçados a escolher mais de uma resposta para algumas perguntas. Há também questões fechadas com respostas múltiplas, isto é, um respondente poderia dar mais de uma resposta à questão. Os formulários apresentaram também questões contingentes (APÊNDICES A e B).

Propor-se uma abordagem individualizada com o médico, o enfermeiro, o auxiliar e o agente comunitário de saúde da equipe sorteados, para evitar contágio nas respostas de um segmento sobre o outro.

Os formulários foram tabulados no programa SPSS (16.0).

A análise estatística foi descritiva e exploratória a partir dos percentuais das categorias de respostas das variáveis. O uso do teste χ^2 com nível de significância $\alpha = 5\%$ serviu para verificar as possíveis associações entre os quesitos estabelecidos nos objetivos específicos do estudo.

Os dados consolidados do banco de dados do SINAN são apresentados de forma descritiva processados pelo programa EXCEL.

4.4. Aspectos éticos

Esse trabalho foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí (UFPI) sob o número 0227.0.045.000-08, em 13/02/09 (ANEXO B) e pela Fundação Municipal de Saúde (ANEXO C), e os participantes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido, de acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e a declaração de Helsinky.

5. RESULTADOS

Após análise de dados obtidos no SINAN, correspondentes ao período de 2001 a 2008 observam-se uma elevada detecção de casos novos no decorrer desse período (gráfico1), que alcançou uma média de 96,21 casos/ano em uma amostra de 100.00 habitantes. No mesmo gráfico em relação à detecção de casos com idade abaixo de 15 anos, houve discreto declínio no ano de 2002, seguido de um considerável aumento em 2003, quando chegou a atingir 40 casos em 100.000 habitantes. A partir de 2004 houve uma queda na detecção, permanecendo estável até 2005, seguido de pequenas oscilações crescentes até 2008.

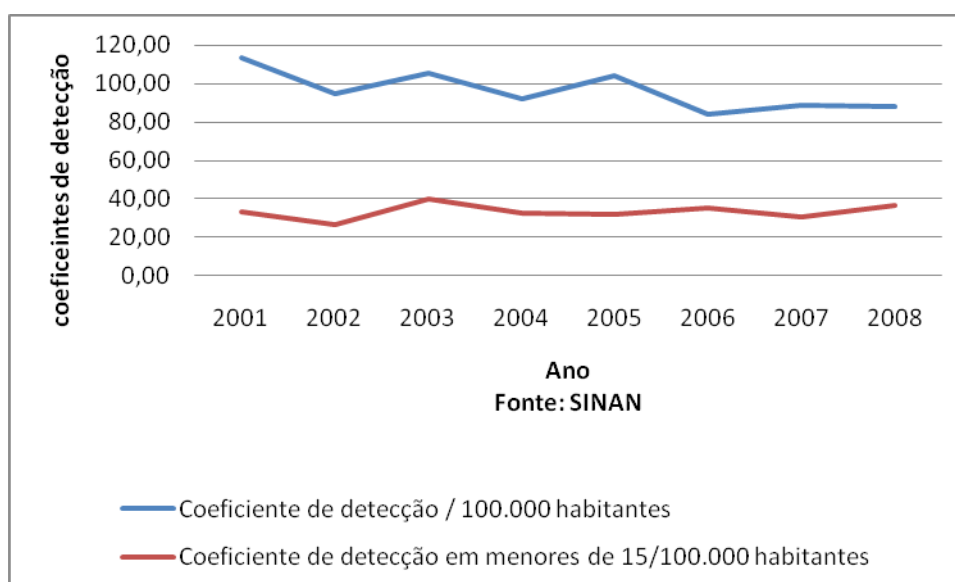


Gráfico 1: Coeficientes de detecção anual de casos novos de hanseníase e de detecção em menores de 15 anos em 100.000 habitantes.

Em relação aos resultados referentes à avaliação do grau II de incapacidade realizada no momento do diagnóstico, verificou-se no ano de 2001 um comprometimento de mais de 5% dos casos avaliados, seguido de uma redução até o ano de 2003. Após 2004, houve um aumento progressivo deste percentual, com pico de aproximadamente a 8% em 2007, com discreta redução em 2008 (gráfico 2).

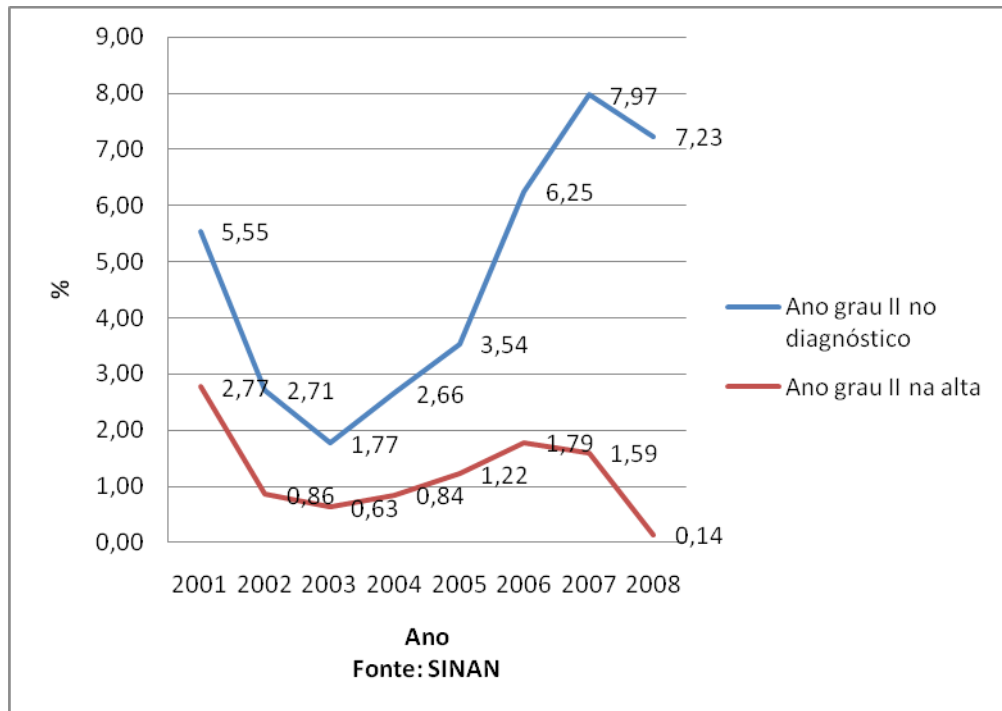


Gráfico 2: Proporção de grau II de incapacidade no momento do diagnóstico e na alta.

No que se refere à avaliação do grau II de incapacidade dentre os casos avaliados no momento da alta, no mesmo gráfico pôde-se observar que no ano de 2001 quase 3% da população em estudo apresentava comprometimento, tendo uma redução significativa em 2002. Em 2003, verificou-se que ocorreu uma pequena redução no número de casos em relação ao ano anterior, para cerca de 0,6%, porém a partir desse ano, houve um aumento crescente até 2006 com 1,79% da população avaliada. A partir de 2007, verificou-se novamente uma redução, alcançando o menor percentual de incapacidade grau II em 2008, 0,14% devido a falta de notificação do tipo de saída do registro (Tabela 2. Anexo D).

O gráfico 3 mostra que o percentual médio de proporção de casos novos de hanseníase com grau de incapacidade física avaliado no diagnóstico é elevado, acima de 90%, com percentuais variando de 91,35% em 2008 e pico de 97,07% em 2005.

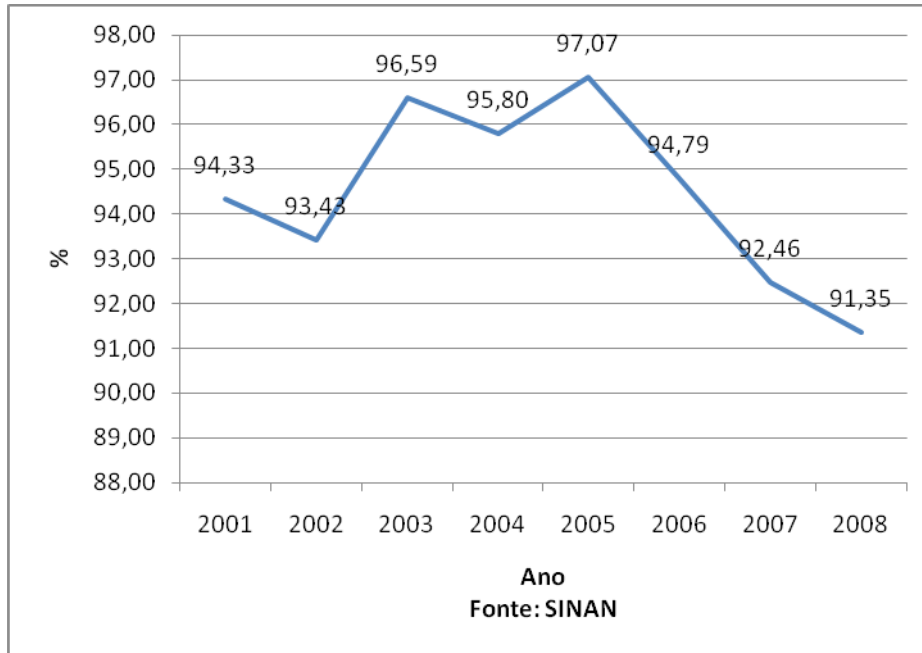


Gráfico 3: Proporção de Casos Novos com grau de incapacidade avaliado no momento do diagnóstico.

Em relação à proporção de casos curados no ano com grau de incapacidade física avaliado, o gráfico 4 revela índices abaixo de 75% em quase toda a série, parâmetro precário de avaliação referente a qualidade do atendimento, estando acima de 75% somente em 2008.

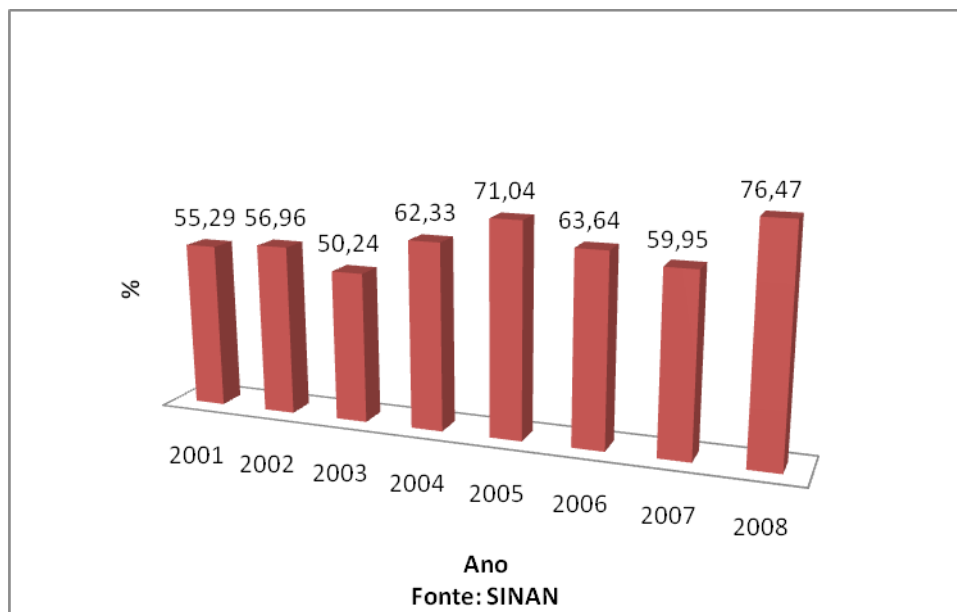


Gráfico 4: Proporção da Casos Curados no ano, com grau de incapacidade física avaliado.

Quanto à prevalência de hanseníase para cada 10.000 habitantes, observou-se 11,37 casos em 2001, considerando-se somente os indivíduos residentes em Teresina e em tratamento. Contudo, nos anos subsequentes, foram verificados períodos alternados de discreta redução e de discreto aumento no número de casos, resultando coeficientes de prevalência elevados, com variações entre 8,38-10,54 casos a cada 10.000 habitantes (gráfico 5).

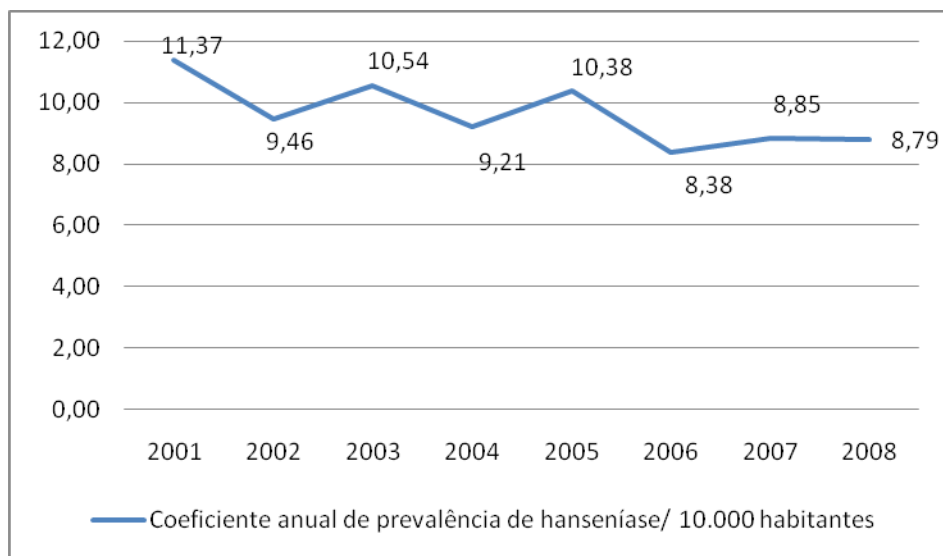


Gráfico 5: Coeficiente anual de prevalência de hanseníase/ 10.000 habitantes.

No gráfico 6 observa-se a proporção de casos de hanseníase em abandono de tratamento entre os casos novos diagnosticados, com um declínio desde o início da série, variando de 7,24 em 2001, subindo para 9% em 2002, depois caindo progressivamente até 0,14% em 2008. Este último dado também foi influenciado pela falta de registro não sendo, portanto, real conforme dados colhidos no SINAN em ANEXO F.

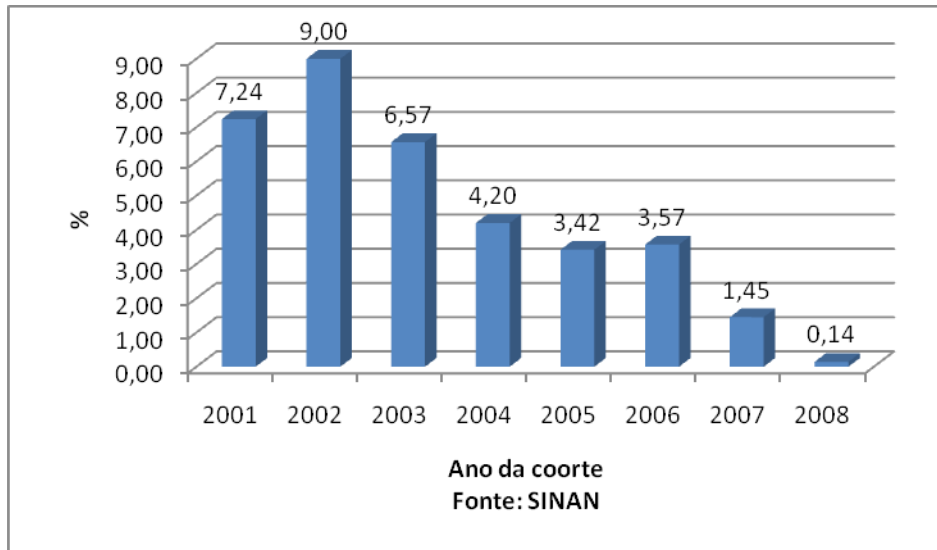


Gráfico 6: Proporção de Casos em Abandono entre os Casos Novos diagnosticados.

O gráfico 7 revela que a proporção de cura de hanseníase entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes se apresentou acima de 75% em quase toda a série. Os dados relativos aos casos paucibacilares são referentes aos casos novos diagnosticados um ano antes do ano da avaliação e os multibacilares a dois anos antes do ano de avaliação, porém foram fornecidos o número total referente a cada coorte, o que impossibilitou a construção do indicador de forma individualizada em relação às formas operacionais, limitando a comparação com outras avaliações.

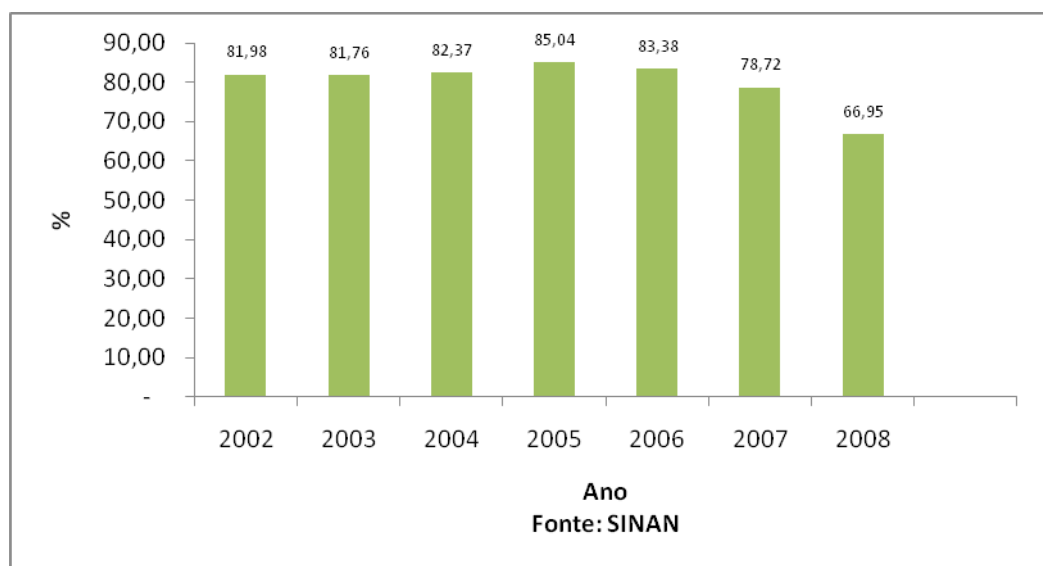


Gráfico 7: Proporção de cura de hanseníase entre os casos novos diagnosticados nos anos das coorte.

Quanto à classificação segundo a forma clínica, a tabela 3 evidencia uma diminuição da forma tuberculóide (T) de 34,38% para 25,39% de casos, e um aumento crescente das formas indeterminadas (I) de 28,23% em 2001, para 30,21% em 2008. Quanto à forma dimorfa (D), os dados apresentam percentuais de 20,02% no início da série chegando a 28,09% em 2008. Entre os pacientes classificados como virchovianos (V), houve uma diminuição em números absolutos de 121 casos em 2001 para 86 casos em 2008.

Tabela 3 - Distribuição da Hanseníase segundo a forma clínica. Teresina (PI). 2001-2008

Ano	I/B		I		T		D		V		NC		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
2001	0	0	234	28,23	285,00	34,38	166	20,02	121	14,60	23	2,77	829	100
2002	0	0	213	30,43	243,00	34,71	122	17,43	96	13,71	26	3,71	700	100
2003	0	0	250	31,57	296,00	37,37	153	19,32	72	9,09	21	2,65	792	100
2004	0	0	239	33,47	209,00	29,27	118	16,53	96	13,45	52	7,28	714	100
2005	2	0,24	274,00	33,46	272,00	33,21	142	17,34	92	11,23	37	4,52	819	100
2006	5	0,74	206,00	30,65	196,00	29,17	145	21,58	86	12,80	34	5,06	672	100
2007	48	6,96	207,00	30,00	140,00	20,29	183	26,52	50	7,25	62	8,99	690	100
2008	1	0,14	213,00	30,21	179,00	25,39	198	28,09	86	12,20	28	3,97	705	100

Fonte:SINAN I/B Ignorado e branco T: Tuberculóide V:Virchorwiana
I:Indeterminado D: Dimorfa NC: Não classificada

A tabela 4 apresenta a distribuição segundo a classificação da OMS, com predominância inicial das formas paucibacilares (PB) seguido de um aumento das formas multibacilares (MB), com a média de 460,62 (62,05%) e 278,87 (37,86%) casos, respectivamente.

Tabela 4- Freq. de hanseníase segundo classificação OMS. Teresina (PI). 2001- 2008.

Ano	I/B		PB		MB		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
2001	0	0,00	524	63,21	305	36,79	829	100
2002	0	0,00	461	65,86	239	34,14	700	100
2003	2	0,25	534	67,42	256	32,32	792	100
2004	0	0,00	453	63,45	261	36,55	714	100
2005	2	0,24	528	64,47	289	35,29	819	100
2006	1	0,15	397	59,08	274	40,77	672	100
2007	0	0,00	384	55,65	306	44,35	690	100
2008	0	0,00	404	57,30	301	42,70	705	100

Fonte: SINAN I/B: Ignorado e branco PB: Paucibacilar MB: Multibacilar

No que se refere à distribuição por sexo, há um discreto predomínio do sexo feminino em relação ao masculino, com pequena variação percentual ao longo da série, conforme a tabela 5.

Tabela 5: Freqüência de hanseníase por sexo.Teresina (PI). 2001- 2008.

Ano	I		M		F		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
2001	6	0,72	391	47,17	432	52,11	829	100
2002	0	0	355	50,71	345	49,29	700	100
2003	0	0	379	47,85	413	52,15	792	100
2004	0	0	344	48,18	370	51,82	714	100
2005	0	0	390	47,62	429	52,38	819	100
2006	0	0	307	45,68	365	54,32	672	100
2007	0	0	338	48,99	352	51,01	690	100
2008	0	0	337	47,80	368	52,20	705	100

Fonte: SINAN I: Ignorado M: Masculino F: Feminino

Em relação à pesquisa realizada junto aos profissionais e aos usuários do programa foram construídas tabelas que permitem avaliar o perfil desses profissionais e o acesso dos usuários. A análise dos dados dos questionários aplicados às equipes da ESF selecionadas na amostra revela que entre os 346 entrevistados 21,39% eram médicos, 27,46% enfermeiros, 27,17% auxiliares de enfermagem e 23,99% agentes comunitários de saúde, conforme demonstrado na tabela 6. Observa-se também na mesma tabela que a maioria dos profissionais, 56,94%, estão nas equipes há mais de 5 anos, 33,82% estão entre 1 e 5 anos, e que somente 9,25% atuam nas equipes há menos de 1 ano. A grande maioria dos profissionais pesquisados, 84,58% faz atendimento na área de hanseníase, contra 15,32%.

Tabela 6-Distribuição dos profissionais das equipes da ESF por tipo, tempo de atuação e realização de atendimento em hanseníase. Teresina (PI), 2009.

Variável	Resposta	Nº	%
Profissão	Médico	74	21,39
	Enfermeiro	95	27,46
	Auxiliar de enfermagem	94	27,17
	ACS	83	23,99
Total		346	100,00
Tempo que atua na equipe	Menos de 1 ano	32	9,25
	Entre 1 – 5 anos	117	33,82
	Mais de 5 anos	197	56,94
Total		346	100,00
Atendimento de hanseníase pela ESF	Sim	293	84,68
	Não	53	15,32
Total		346	100,00

Em relação à capacitação dos profissionais das equipes da ESF na área de hanseníase, 69,36% dos profissionais informaram que foram capacitados enquanto 30,64% não realizaram nenhuma capacitação. Entre as categorias profissionais, 86,49% dos médicos, 85,26% dos enfermeiros, 67,47% dos ACS, e 41,49% dos auxiliares entrevistados foram, respectivamente, capacitados, conforme tabela 7.

A tabela 7 também demonstra que quanto ao número de capacitações, 39,42% dos profissionais participaram somente uma vez, 34,44% participaram duas vezes e 26,14% fizeram três ou mais capacitações. As capacitações foram específicas para cada área para 27,08% dos profissionais entrevistados, enquanto 72,92% realizaram capacitações com participação multiprofissional. A presença nas capacitações específica por área foi mais frequente entre os ACS, 57,14% e auxiliares e 53,85% de cada categoria pesquisada. Entre médicos e enfermeiros somente 12(17,44%) não fizeram capacitação multiprofissional. Estas capacitações foram consideradas positivas em sua avaliação por 121(50,63%) participantes contra 118(49,37%) de respostas desfavoráveis. Entre os profissionais pesquisados que avaliaram positivamente, 62,96% são enfermeiros, 58,97% auxiliares, 40,63% médicos e 38,18% ACS.

Tabela 7-Distribuição dos profissionais das equipes da ESF por realização, frequência, a data, a clientela e a avaliação das capacitações. Teresina (PI), 2009.

Variável	Resposta	Profissão									
		Médico		Enfermeiro		Auxiliar de enfermagem		ACS		Total	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Capacitação na área de hanseníase*	Sim	64	86,49	81	85,26	39	41,49	56	67,47	240	69,36
	Não	10	13,51	14	14,74	55	58,51	27	32,53	106	30,64
N° de capacitações realizadas	Uma	25	39,06	29	35,80	19	47,50	22	39,29	95	39,42
	Duas	19	29,69	27	33,33	15	37,50	22	39,29	83	34,44
	Três ou mais	20	31,25	25	30,86	6	15,00	12	21,43	63	26,14
Participação prof. nas capacitações*	Por área multiprofissional	8	12,50	4	4,94	21	53,85	32	57,14	65	27,08
		56	87,50	77	95,06	18	46,15	24	42,86	175	72,92
Ano da última capacitação*	1999 a 2002	4	7,14	2	2,63	2	5,71	4	7,84	12	5,50
	2003 a 2006	8	14,29	15	19,74	15	42,86	21	41,18	59	27,06
	2007 a 2009	44	78,57	59	77,63	18	51,43	26	50,98	147	67,43
Avaliação positiva das capacitações*	Sim	26	40,63	51	62,96	23	58,97	21	38,18	121	50,63
	Não	38	59,38	30	37,04	16	41,03	34	61,82	118	49,37

*P<0,05

Quanto às atividades realizadas dentro do programa, pode-se observar na tabela 8, que o diagnóstico e tratamento são realizados por 27,57% dos profissionais pesquisados. Esta ação é referida pela grande maioria dos médicos 93,24% e por 26,32% dos enfermeiros. O registro do paciente no programa, a entrega da medicação e orientação do tratamento é realizado por 46,92% dos profissionais, sendo que os enfermeiros têm quase sua totalidade, 97,98% deles, exercendo essa atividade. Entre os médicos, 50% também realizam essa ação, e com menor frequência 25,84% de auxiliares e 8,43% de ACS. Em torno de 50% dos profissionais informaram que só entregam e supervisionam o tratamento. As visitas com orientação são realizadas por 71,55% dos profissionais pesquisados, sendo atividade de aproximadamente 100% dos ACS, seguido de enfermeiros (72,63%), auxiliares (64,04%) e médicos (48,65%).

Tabela 8– Distribuição das atividades realizadas por tipo de profissional das equipes da ESF. Teresina (PI), 2009.

Variável	Resposta	Profissão									
		Médico		Enfermeiro		Auxiliar de enfermagem		ACS		Total	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Atividades realizadas dentro do programa	Diagnostica e indica o tratamento	69	93,24	25	26,32	-	-	-	-	94	27,57
	Registra o paciente no programa, entrega medicação e orienta	37	50,00	93	97,89	23	25,84	7	8,43	160	46,92
	Entrega medicação e supervisiona o paciente no tratamento	29	39,19	84	88,42	38	42,70	23	27,71	174	51,03
	Entrega de medicação durante todo o tratamento	13	17,57	31	32,63	36	40,45	9	10,84	89	26,10
	Visita com orientação	36	48,65	69	72,63	57	64,04	82	98,80	244	71,55
Total		74	248,65	95	317,89	89	173,03	83	145,78	341	223,17

Soma mais de 100% um profissional pode realizar mais de uma atividade dentro do programa.

A tabela 9 mostra que em relação às dificuldades dos profissionais em desenvolver as ações do PCH. A referência dermatológica foi citada por 22,18% dos entrevistados, sendo respectivamente por 37,31% dos médicos, 26,19% dos enfermeiros, e 12,68% de auxiliares e ACS. A dificuldade na dispensa da medicação é relatada por 18,09% dos profissionais, mencionado mais pelos enfermeiros, 28,57% dos entrevistados. Cerca de 37% dos pesquisados referem insegurança em realizar suas atividades dentro do programa, sendo mais frequente entre os médicos (47,76%) e enfermeiros (38,10%). A dificuldade de adesão do paciente ao tratamento é a principal dificuldade referida na pesquisa, citada por 40,61% dos entrevistados, aparecendo de maneira marcante entre os ACS (70,42% desta categoria). Entre outras dificuldades relacionadas em menores proporções, algumas são relevantes como o acesso a serviços de fisioterapia, a dificuldade na confecção de sapatos adequados, a disponibilidade de veículos para a busca ativa.

Tabela 9 - Distribuição das dificuldades em desenvolver as ações do PCH das equipes da ESF, por profissional. Teresina (PI), 2009.

Variável	Resposta	Profissão									
		Médico		Enfermeiro		Auxiliar de enfermagem		ACS		Total	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Dificuldades em desenvolver o programa	Referência dermatológica	25	37,31	22	26,19	9	12,68	9	12,68	65	22,18
	Dispensa da medicação	12	17,91	24	28,57	13	18,31	4	5,63	53	18,09
	Insegurança	32	47,76	32	38,10	24	33,80	22	30,99	110	37,54
	Adesão do paciente	9	13,43	25	29,76	35	49,30	50	70,42	119	40,61
	Outros	32	47,76	50	59,52	22	30,99	21	29,58	125	42,66
Total		67	164,18	84	182,14	71	145,10	71	149,30	293	161,09

soma mais de 100%, um profissional pode realizar mais de uma atividade dentro do programa.

Quanto à distribuição dos serviços de fisioterapia para os quais os pacientes com incapacidade são encaminhados, a tabela 10 mostra uma concentração desses encaminhamentos para um centro filantrópico, em torno de 55% dos casos, sendo o restante diluído entre o SUS, serviços de faculdades particulares e outros, e ainda uma percentagem de encaminhamentos “sem destino”, nos quais os profissionais dizem não saber para onde esses pacientes se dirigem.

Tabela 10 – Distribuição dos serviços de fisioterapia de referência para pacientes com incapacidade do PCH recomendados pelas equipes da ESF, por profissional. Teresina (PI), 2009.

Variável	Resposta	Profissão									
		Médico		Enfermeiro		Auxiliar de enfermagem		ACS		Total	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Serviço de fisioterapia	Centro filantrópico especializado	43	69,35	64	73,56	26	35,62	22	33,85	155	54,01
	Não sabe	2	3,23	8	9,20	25	34,25	30	46,15	65	22,65
	SUS	7	11,29	2	2,30	5	6,85	1	1,54	15	5,23
	Faculdade particulares	4	6,45	5	5,75	6	8,22	3	4,62	18	6,27
	Outros	11	17,74	19	21,84	15	20,55	13	20,00	58	20,21
Total		62	108,06	87	112,64	73	105,48	65	106,15	287	108,36

Soma mais de 100% um profissional pode realizar mais de uma atividade dentro do programa.

A tabela 11 revela que a classificação operacional da OMS em paucibacilar e multibacilar é seguida por 98,95% dos profissionais pesquisados, que fazem o diagnóstico, 32,54% encaminham o paciente para o dermatologista em caso de dúvida, 64,41% dos profissionais não médicos referenciam para o médico da equipe, e somente 2,03% do total pesquisado consultam o manual de controle da hanseníase para esclarecer dúvidas. Os estados reacionais são diagnosticados e tratados por 11,73% dos profissionais, entre os quais, 45,95% dos médicos e 5,26% dos enfermeiros, enquanto 43,24% e 12,63%, respectivamente encaminham para o dermatologista.

Tabela 11 - Distribuição da realização do diagnóstico segundo a classificação operacional da OMS, condutas nas dúvidas diagnósticas e reações da doença, por profissional. Teresina (PI), 2009.

Variável	Resposta	Profissão									
		Médico		Enfermeiro		Auxiliar de enfermagem		ACS		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Faz diagnóstico operacional (PB-MB)*	Sim	67	98,53	27	100,00	-	-	-	-	94	98,95
	Não	1	1,47	-	-	-	-	-	-	1	1,05
Postura frente uma dúvida diagnóstica *	Trata como se fosse hanseníase	2	2,74	1	1,15	-	-	-	-	3	1,02
	Encaminhado para dermatologista	66	90,41	21	24,14	7	9,46	2	3,28	96	32,54
	Consulta o manual de hanseníase para tirar dúvidas	3	4,11	2	2,30	-	-	1	1,64	6	2,03
	Encaminha para o médico da equipe	2	2,74	63	72,41	67	90,5	58	95,08	190	64,41
Postura frente às reações*	Diagnostica e trata as reações	34	45,95	5	5,26	-	-	1	1,23	40	11,73
	Encaminha para um dermatologista	32	43,24	12	12,63	4	4,40	2	2,47	50	14,66
	Consultar o manual de hanseníase para tirar dúvidas	7	9,46	8	8,42	1	1,10	-	-	16	4,69
	Encaminha para o médico da equipe	1	1,35	70	73,68	86	94,5	78	96,30	235	68,91
Total		74	100,00	95	100,00	91	100,00	81	100,00	341	100,00

*P < 0,05

A tabela 12 mostra que maioria das equipes não tem ou não conhece a referência dermatológica, assim como também desconhece o formulário específico para encaminhamento de casos de hanseníase, que se encontra no ANEXO D.

Tabela 12 – Distribuição do conhecimento das referências dermatológica, e de formulário específico do PCH por profissional. Teresina (PI), 2009.

Variável	Resposta	Profissão									
		Médico		Enfermeiro		Auxiliar de enfermagem		ACS		Total	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
A equipe tem referência dermatológica*	Sim	21	28,38	28	29,79	18	20,22	7	8,75	74	21,96
	Não	53	71,62	66	70,21	71	79,78	73	91,25	263	78,04
Conhece a referência dermatológica	Sim	16	80,00	25	89,29	14	77,78	8	100,00	63	85,14
	Não	4	20,00	3	10,71	4	22,22			11	14,86
Existe formulário específico a dermatologia	Sim	6	8,22	13	13,98	10	11,63	7	9,33	36	11,01
	Não	67	91,78	80	86,02	76	88,37	68	90,67	291	88,99
Total		73	100,00	93	100,00	86	100,00	75	100,00	327	100,00

*P < 0,05

Os dados das entrevistas com os usuários do PCH no município de Teresina foram analisados, e a tabela 13 apresenta a distribuição destes usuários segundo o conhecimento da doença, tipo de tratamento, exame realizado e motivação da consulta por grau de instrução. Entre os entrevistados 45,74% referem saber a forma de sua doença, enquanto 54,29% desconhecem. Os que afirmaram conhecer a doença somente 1 usuário não soube definir como paucibacilar ou multibacilar. Com relação ao tempo de tratamento 57,14% trataram por 6 meses, 41,43% por 1 ano e 1,43% não soube informar. Entre os entrevistados, em relação à realização de exames complementares em 72,86% pacientes informaram que sim, nos quais 40,38% fizeram baciloscopia e 59,62% fizeram biópsia. Com relação ao motivo da consulta 76,81% dos entrevistados procurou a unidade porque tinha manchas, 8,7% foi alertado por cartazes nas unidades de saúde, 11,59% foi examinado pela equipe de saúde e 2,9% através do mutirão.

Tabela 13 – Distribuição de usuários do PCH segundo o conhecimento da doença, tipo de tratamento, exame realizado e motivação da consulta, por grau de instrução. Teresina (PI), 2009.

Variável	Resposta	GRAU DE INSTRUÇÃO																			
		Analf		Só lê		Fund1 incomp.		Fund I comp.		Fund II comp		Ens méd. incomp.		Ens. méd. comp.		Ens. Méd. comp.		SUP. Comp.		Total	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Faz trat. de hanseníase	Sim	13	100,00	9	100,00	12	100,00	5	100,00	4	100,00	4	100,00	7	100,00	9	90,00	6	100,00	69	98,57
	Não	-	-	-	-	-	-	-	-	--	-	-	-	-	-	1	10,00	-	-	1	1,43
Sabe o tipo da sua doença	Sim	4	30,77	4	44,44	7	58,33	4	80,00	1	25,00	1	25,00	4	57,14	3	30,00	4	66,67	32	45,71
	Não	9	69,23	5	55,56	5	41,67	1	20,00	3	75,00	3	75,00	3	42,86	7	70,00	2	33,33	38	54,29
Forma da doença	PB-paucibacilar	1	33,33	4	100,00	3	42,86	2	50,00	1	100,00	1	100,00	1	25,00	2	66,67	4	100,00	19	61,29
	MB-multibacilar	2	66,67	-	-	4	57,14	2	50,00	-	-	-	-	3	75,00	1	33,33	-	-	12	38,71
Tempo tratamento	6 meses	6	46,15	6	66,67	3	25,00	4	80,00	3	75,00	2	50,00	3	42,86	7	70,00	6	100,00	40	57,14
	12 meses	7	53,85	2	22,22	9	75,00	1	20,00	1	25,00	2	50,00	4	57,14	3	30,00	-	-	29	41,43
	Não sabe	-	-	1	11,11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Realizou exame	Sim	10	76,92	6	66,67	10	83,33	3	60,00	3	75,00	2	50,00	5	71,43	6	60,00	6	100,00	51	72,86
	Não	3	23,08	3	33,33	2	16,67	2	40,00	1	25,00	2	50,00	2	28,57	4	40,00	-	-	19	27,14
Tipo de exame	Baciloscopia	5	50,00	3	42,86	4	40,00	1	33,33	-	-	1	50,00	1	20,00	3	50,00	3	50,00	21	40,28
	Biópsia	5	50,00	4	57,14	6	60,00	2	66,67	3	100,00	1	50,00	4	80,00	3	50,00	3	50,00	31	59,62
Motivo da consulta	Procurou a US por que tinha manchas	12	92,31	7	77,78	9	81,82	3	60,00	3	75,00	3	75,00	5	71,43	6	60,00	5	83,33	53	76,81
	Procurou a US porque viu o cartaz propaganda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	25,00	2	28,57	2	20,00	1	16,67	6	8,7
	Foi examinado pela ESF	-	-	1	11,11	2	18,18	2	40,00	1	25,00	-	-	-	-	2	20,00	-	-	8	11,59
	Caminhão do mutirão	1	7,69	1	11,11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2,90
Total		13	100,00	9	100,00	11	100,00	5	100,00	4	100,00	4	100,00	7	100,00	10	100,00	6	100,00	69	100,00

A tabela 14 mostra que 100% dos usuários entrevistados tiveram agendado o recebimento de seu tratamento, 94,29% receberam a medicação todos os meses, enquanto 5,71% não fizeram o tratamento regularmente. Entre os últimos 75% justificaram que, às vezes, vão ao posto e não tem medicação e 25% disseram não ser importante receber a medicação mensalmente. Dentre estes pacientes que não receberam a medicação regularmente, há 1 analfabeto, 2 que só lêem e que 1 tem o fundamental incompleto.

Na mesma tabela, observa-se que 28,57% do total de pacientes apresentaram reação da doença, e 71,43% não tiveram reação, e 68,42% dos pacientes que apresentaram reação foram encaminhados para o dermatologista em outra unidade de saúde. Os outros casos foram resolvidos dentro da equipe de saúde, 15,79% pelo médico, 10,53% pelo enfermeiro e 5,25% pelo ACS. A consulta com o dermatologista em 66,67% dos casos foi agendada sem demora, 43,33% foi agendado com demora e em 20% o hospital era distante. Sessenta por cento dos pacientes que foram ao dermatologista tinham referência por escrito e 40% foram orientados verbalmente. Todos os pacientes com reação informaram que receberam o tratamento corretamente. Entre os entrevistados somente 7,25% necessitaram de fisioterapia, 40% não encontraram dificuldades, 40% não realizou corretamente porque a clínica é distante e 20% fizeram corretamente, apesar da clínica ser distante.

Tabela 14 – Distribuição de usuários do PCH segundo o recebimento do tratamento específico, das reações da doença realização de fisioterapia, por grau de instrução. Teresina (PI), 2009.

Variável	Resposta	GRAU DE INSTRUÇÃO																			
		Analf		Só lê		Fund1 incomp		Fund 1 comp.		Fund II incomp		Fund II comp		Ens méd. incomp		Ens Méd. comp		Sup. Comp		Total	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
O trat. e agendado	Sim	13	100,00	9	100	12	100	5	100	4	100	4	100	7	100	10	100	6	100	70	100
Recebe medicação todos os meses	Sim	12	92,31	8	88,89	10	83,33	5	100	4	100	4	100	7	100	10	100	6	100	66	94,29
	Não	1	7,69	1	11,11	2	16,67	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	5,71
Motivo	Não é importante	1	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	25,00
	Às vezes não tem medicação	-	-	1	100	2	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	75,00
Refere reação da doença	Sim	3	23,08	1	11,11	8	66,67	-	-	3	75,00	-	-	1	14,29	4	40,00	-	-	20	28,57
	Não	10	76,92	8	88,89	4	33,33	5	100	1	25,00	4	100	6	85,71	6	60,00	6	100	50	71,43
Recebeu trat. para a reação	Sim, orient. Pelo ACS	1	33,33	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	5,26
	Sim, orient. pelo enferm.	-	-	-	-	1	14,29	-	-	-	-	-	-	-	-	1	25,00	-	-	2	10,53
	Sim, orient. Pelo medico ESF	-	-	-	-	3	42,86	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	15,79
	Sim, orient. por dermato em outro hospital	2	66,67	1	100	3	42,86	-	-	3	100	-	-	1	100	3	75,00	-	-	13	68,42
Consulta com dermatologista	Agendada mas demora	-	-	1	100	1	25,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	13,33
	Agendada com demora em hospital distante	-	-	-	-	-	-	-	-	1	33,33	-	-	-	-	2	50,00	-	-	3	20,00
	Agendada sem demora	2	100	-	-	3	75,00	-	-	2	66,67	-	-	1	100	2	50,00	-	-	10	66,67
Refere ao dermatologista	Por escrito	2	100	1	100	1	25,00	-	-	2	66,67	-	-	1	100	2	50,00	-	-	9	60,00
	Orientação verbal	-	-	-	-	3	75,00	-	-	1	33,33	-	-	-	-	2	50,00	-	-	6	40,00
Quanto ao tratamento	Fez corretamente	3	100	-	-	8	100	-	-	3	100	-	-	1	100	4	100	-	-	19	100
Necessitou de fisioterapia	Sim	-	-	1	11,11	1	8,33	-	-	-	-	-	-	1	14,29	2	20,00	-	-	5	7,25
	Não	12	100	8	88,89	11	91,67	5	100	4	100	4	100	6	85,71	8	80,00	6	100	64	92,75
Em relação a fisioterapia	Faz sem dificuldade	-	-	-	-	1	50,00	-	-	-	-	-	-	-	-	1	50,00	-	-	2	40,00
	Faz, mas a clinica e distante	-	-	1	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	20,00
	Não faz corretamente, pois a clínica é distante	-	-	-	-	1	50,00	-	-	-	-	-	-	-	-	1	50,00	-	-	2	40,00
Total				1	100	2	100								2	100			5	100	

Com relação ao tempo de deslocamento até a unidade de saúde, a tabela 15 mostra que 97,14% dos usuários levam menos que 30min, e somente 2,86% leva mais que 30min. Já em relação ao tempo de espera na unidade, 82,26% esperam até 30min, enquanto 14,29% esperam mais que 30min. A mesma tabela mostra que 85,71% dos usuários avaliam o atendimento como bom, 12,86% regular e somente 1,43% ruim.

Tabela 15 – Distribuição do tempo de deslocamento e de espera dos usuários do PCH nas unidades, e avaliação do programa e por grau de instrução. Teresina (PI), 2009.

Variável Total	Resposta	GRAU DE INSTRUÇÃO																			
		Analf		Só lê		Fund1 incomp.		Fund 1 comp.		Fund II incomp		Fund II comp		Ens méd. incomp.		Ens. Méd. comp.		Sup. Comp.		Total	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Tempo para chegar a unidade (min)	Até 30	13	100	9	100	12	100	5	100	3	75,00	4	100	6	85,71	10	100	6	100	68	97,14
	Mais de 30	-	-	-	-	-	-	-	-	1	25,00	-	-	1	14,29	-	-	-	-	2	2,86
Tempo para ser atendido (min)	Até 30	11	84,62	7	77,78	10	83,33	4	80,00	3	75,00	4	100	7	100	8	80,00	6	100	60	85,71
	Mais de 30	2	15,38	2	22,22	2	16,67	1	20,00	1	25,00	-	-	-	-	2	20,00	-	-	10	14,29
Como avaliar o atendimento	Ruim	1	7,69	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1,43
	Regular	1	7,69	1	11,11	1	8,33	1	20,00	1	25,00	-	-	2	28,57	1	10,00	1	16,67	9	12,86
	Bom	11	84,62	8	88,89	11	91,67	4	80,00	3	75,00	4	100	5	71,43	9	90,00	5	83,33	60	85,71
Total		13	100	9	100	12	100	5	100	4	100	4	100	7	100	10	100	6	100	70	100

6. DISCUSSÃO

De acordo com Weekly epidemiological record (OMS, 2009), a incidência global da hanseníase está se estabilizando, com tendência ao declínio. No Brasil, segundo Boletim do MS de 2008, a tendência da detecção de casos novos de hanseníase apresentou declínio nos últimos anos, mantendo-se elevada nas regiões Centro-Oeste, Norte e Nordeste. Os coeficientes de detecção são indicadores de transmissibilidade da hanseníase, contudo, é necessário estar alerta, pois uma redução desses indicadores em algumas áreas pode significar diminuição na busca ativa de casos. Para que não haja essa lacuna, a portaria nº 125/SVS-SAS reforça a vigilância pela descoberta de casos por meio da detecção ativa, com investigação epidemiológica dos contatos e exame da coletividade com inquéritos e campanhas.

Um estudo realizado na China no ano de 2001, com o objetivo de avaliar as estratégias de controle da hanseníase, demonstrou o impacto favorável nos indicadores epidemiológicos e no contexto da doença após algumas intervenções, como exemplo o exame clínico em massa, (CHEN et. al, 2001). Embora haja poucos relatos na literatura de estudos no Brasil avaliando a relação entre estratégias de intervenção operacional e os indicadores epidemiológicos, uma pesquisa no Rio de Janeiro também demonstrou uma influência positiva da descentralização do diagnóstico e tratamento da hanseníase, e na detecção de casos novos da doença (DA CUNHA, 2007).

Quanto ao número de casos novos detectados de hanseníase, um município pode ser classificado, seguindo os parâmetros mais recentes do Ministério da Saúde (MS) em hiperendêmico quando maior ou igual a 40,00/100.000 habitantes; muito alto: 20,00 a 39,99/100.000 habitantes; alto: 10,00 a 19,99 /100.000 habitantes; médio: 2,00 a 9,99 /100.000 habitantes. e baixo quando menor que 2,00/100.000 habitantes. Observa-se no gráfico 1 que no município de Teresina, os coeficientes de detecção anual mantiveram-se elevados no período de 2001-2008, sendo, portanto, classificado como hiperendêmico, evidenciando que há continuidade da transmissão da doença, o que alerta para a necessidade de incremento em ações que visem a intensificação na detecção precoce de casos. Se for considerada a possibilidade de sub-notificação de casos, aumenta ainda mais a dimensão da doença no município de Teresina.

A incidência da hanseníase em menores de 15 anos e suas conseqüências tem sido objeto de estudo de diversos autores e organismos internacionais. Apesar da hanseníase ser considerada como doença do jovem e do adulto, existem numerosos relatos de casos da enfermidade na faixa etária de 0 a 14 anos. Um aumento na cadeia de transmissão do bacilo na comunidade além da deficiência na vigilância dos contatos pode estar associado a esses índices. Em países endêmicos, a população infantil entra precocemente em contato com doentes bacilíferos, sendo possível observar uma detecção da doença entre crianças de três a cinco anos, e mais raramente, relatam-se casos em menores de dois anos. (FELICIANO, 2008; SILVA SOBRINHO 2008).

Atualmente o coeficiente de detecção em menores de 15 anos é considerado pelo Ministério da Saúde o principal indicador de controle da doença, com meta de se atingir taxa de 10% até 2011 (PNCH, 2009). Os parâmetros deste indicador também classificam os municípios em hiperendêmico > a 10/ 100.000 habitantes; muito alto de 5-9,99/100.000 habitantes; alto de 2,5-4,99/ 100.000 habitantes; médio de 0,5-2,49/ 100.000 habitantes e baixo < 0,5/ 100.00 habitantes.

No município de Teresina-PI, observa-se no gráfico 1 que há um número elevado de casos em menores de 15 anos, mantendo-se em torno de 35 a 40 casos por 100.000 habitantes, novamente classificando-se como uma região hiperendêmica (mais de 10 casos por 100.000 habitantes). Estes números acompanham os dados apresentados na literatura, que mostram taxas elevadas em regiões subdesenvolvidas, como na África com 19,2%, e na Ásia, onde há regiões com 10,3% dos casos de hanseníase em menores de quinze anos, respectivamente (WHO, 2007). No Brasil, uma série de 1985-2002 mostra que a região nordeste apresentou um incremento dessa taxa em todos os estados, e o Piauí apresentou uma variação de 420,7% (MAGALHÃES, 2005).

Além do grande número de casos de hanseníase que determinam a doença como problema de saúde pública, o seu alto potencial incapacitante, pode interferir na fase produtiva e na vida social do paciente, determinando perdas econômicas e traumas psicológicos. Essas incapacidades têm sido responsáveis pelo estigma e discriminação dos doentes. Uma das formas mais eficazes para avaliar se o diagnóstico de hanseníase está sendo precoce, é identificar a presença de incapacidades física na ocasião do diagnóstico. Ou seja, quanto maior a proporção

de incapacidade e a intensidade da incapacidade do paciente no momento do diagnóstico denotam uma detecção mais tardia da doença.

O grau de incapacidade é classificado em 0, quando o paciente não apresenta problemas com os olhos, mãos e pés devido à hanseníase; I quando há diminuição ou perda da sensibilidade nas mãos e/ou pés e II quando apresenta comprometimento nos olhos (lagofalmo e/ou ectrópio, tríquiase, opacidade corneana central, acuidade visual menor que 0,1, ou não conta dedos a 6m), ou lesões tróficas e/ou traumáticas, garras, reabsorção ou mão caída, ou ainda lesões tróficas e/ou traumáticas, garras, reabsorção, pé caído ou contratatura do tornozelo.

A proporção de casos de hanseníase com grau II de incapacidade avaliada no momento do diagnóstico e no momento da alta nos dá informações distintas, a primeira avalia a precocidade do diagnóstico e a segunda as necessidades de ações de prevenção e tratamento de incapacidades, não sendo, portanto comparáveis entre si. O gráfico 2 mostra que a proporção de incapacidade grau II no momento do diagnóstico teve um decréscimo no início da série seguido de um aumento crescente, confirmando que a detecção é tardia da hanseníase no município de Teresina. Em relação ao grau de incapacidade grau II no momento da alta, verifica-se um decréscimo neste índice do início ao fim da série, estando abaixo de 5% no ano de 2008, demonstrando melhora na qualidade na prevenção dos pacientes diagnosticados.

Atualmente, o Brasil congrega mais de 80% dos casos de hanseníase do continente americano, com prevalência de mais de 40.000 casos prevalentes no ano de 2008 (OMS, 2009). Por definição, esse indicador de prevalência, relaciona o número de pacientes registrados em tratamento específico em determinado dia do ano (31 de Dezembro). Contudo, é importante ressaltar que o uso do coeficiente de prevalência como indicador de eliminação da doença é discutido entre alguns autores. Devido a implementação da poliquimioterapia de curta duração (máximo 2 anos) em larga escala, houve uma redução drástica da prevalência da hanseníase, ocasionando um descenso na prevalência global, aproximando-se da meta de eliminação (GOMES, 2005). No Município de Teresina, a análise desse indicador revela alta porcentagem de casos no período do estudo, reforçando a endemicidade da área.

A detecção de casos novos por forma clínica, a proporção de casos do sexo feminino também estão associados ao nível de endemicidade da doença. (RICHARDUS, 2007). Há discreta variação do percentual de diagnóstico da forma clínica de casos T para D e MB para PB observada nas tabelas 3 e 4, sugerindo que há diminuição dos bacilos circulantes. Estes níveis acompanham a detecção de casos novos apresentadas no gráfico 1, concordando com dados da literatura.

A vigilância epidemiológica da hanseníase, fundamental no controle dessa endemia, através da análise dos indicadores epidemiológicos, que são utilizados para medir sua força de morbidade, magnitude e perfil epidemiológico, é complementada pela construção e avaliação dos indicadores operacionais, que indicam a qualidade das ações e serviços (ANEXO E).

A proporção de cura entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes é o principal indicador de resultado das atividades de controle, e encontra-se entre 75e 89% na maioria das coortes classificando o município como regular segundo os parâmetros do MS, e abaixo de 75% na última coorte, passando a ser avaliado como precário.

Os resultados obtidos neste estudo revelam que, os indicadores de acompanhamento classificam o município como bom em relação à proporção de casos novos de hanseníase com grau de incapacidade avaliado no diagnóstico. A proporção de casos curados no ano com grau de incapacidade física avaliado manteve-se abaixo de 75% praticamente em toda a série apresentando uma discreta melhora em 2008, quando o município deixou de ser classificado como precário para ser regular. Quanto à proporção de casos de hanseníase em abandono de tratamento, manteve-se menor que 10% em toda a série sendo, portanto classificado como bom. No entanto, vale observar que há uma inconsistência de dados, no que se refere à notificação nos dois últimos anos da série, revelando a fragilidade do Sistema de Notificação, como mencionado na literatura.

A partir da década de 1990, a descentralização da saúde passou a ser responsabilidade dos municípios, de acordo com a Norma Operacional Básica-SUS de 1993 (NOB/93), sendo o PCH repassado para a rede básica em 1996 (NOB/96). Em 26 de setembro de 2000, a Portaria Ministerial 1073/GM, orientava sobre a implantação do PCH na atenção básica. Para tanto os profissionais foram capacitados para desenvolverem essas ações (MORENO 2008).

Entre os 346 profissionais das equipes da ESF entrevistados, observamos que apesar de 56,94% estarem nas equipes há mais de 5 anos, e de somente 9,25% estarem há menos de um ano, 15,33% disseram não fazer atendimento de hanseníase, um percentual consideravelmente elevado, se comparado aos 9,2% apresentados em pesquisa realizada no Rio Grande do Norte (MORENO 2008). Alguns profissionais justificaram informando que não tinham se deparado com nenhum caso, pois estavam há pouco tempo na equipe, outros porque se sentiam inseguros, e alguns auxiliares informavam que nenhuma das ações eram atribuições de sua categoria. Estas justificativas são também citadas por Moreno em artigo de avaliação de capacitações em hanseníase.

As capacitações foram realizadas por praticamente 70% dos profissionais entrevistados, sendo que 67% foram realizadas nos últimos três anos, dados que apresentam diferença significativa com $P < 0,05$, segundo a tabela 7. A justificativa dos profissionais que não foram capacitados é que é necessária uma convocação da FMS, diferindo das informações colhidas por Barbosa em que participar de estratégias de formação para os profissionais por ela entrevistados não tem sido problema. Dados de outra pesquisa citam como dificuldade a não liberação pelo gestor, a rotatividade dos profissionais e a pouca assiduidade de alguns participantes.

Apesar de não haver diferença na avaliação das capacitações, aproximadamente 50% positiva e 50% negativa, conforme a tabela 7, há diferença significativa em relação a avaliação entre as categorias profissionais. Fazendo um paralelo do período das capacitações com os indicadores epidemiológicos, não foi observado relação entre o percentual de profissionais capacitados com a detecção de casos discordando com avaliação dos pesquisadores no Rio Grande do Norte que responderam que as capacitações contribuíram para o aumento da detecção da hanseníase, segundo Moreno. Por outro lado Lima conclui que nos municípios por ela avaliados os índices do PCH foram melhores onde houve menor capacitação, demonstrando que o comprometimento profissional tem papel importante no alcance dos resultados, concordando com a literatura, que afirma que capacitações podem melhorar a qualidade da assistência, mas não garantem por si só a transformação do modelo.

Na tabela 7, também, observa-se que 77,92% dos profissionais realizaram treinamento multiprofissional contra 27,08% de treinamento específico por categoria, uma diferença significativa com $P < 0,05$. As ações mais básicas de orientação relacionadas à identificação de sinais, orientação de auto-cuidados, busca ativa de faltosos, desenvolvidas com maior frequência nas visitas domiciliares, são repassadas pelos enfermeiros aos ACS e auxiliares, o que justifica o fato dessas duas categorias participarem menos de capacitações multiprofissional. Entre os entrevistados houve maior participação de enfermeiros e médicos com diferença significativa entre as categorias profissionais.

A distribuição das atividades realizadas pelos profissionais apresentadas na tabela 8 é concordante com as atribuições designadas para os profissionais da Atenção básica/Saúde da Família controle da hanseníase (Caderno de atenção Básica). Em relação ao diagnóstico, grande parte de médicos e enfermeiros participavam conjuntamente da decisão, por não se sentirem seguros para diagnosticarem o agravo.

Entre as dificuldades apresentadas pelos profissionais em desenvolver as ações do PCH na tabela 9, a falta da referência e contra-referência é referida principalmente pelos profissionais médicos e enfermeiros, 37,31% e 26,19% respectivamente, concordando com os resultados da tabela 12, onde 78% negam existir um serviço de referência, e 88,99% desconhecem o formulário específico para essas referências.

O decreto nº 4.726, de 09 de julho de 2003 define as competências dos centros de referência em hanseníase prestar assistência à saúde em nível especializado, esclarecendo diagnóstico, recidivas e intercorrências, como reações e lesões neurais (Brasil, 2003), devendo para tanto estar devidamente equipado e capacitado. Entretanto, esses centros assumem papéis diferentes, às vezes atendendo casos de menor complexidade, outras re-encaminhando casos que deveriam por ele serem conduzidos. Isso denota a necessidade de conhecimento das reais funções de cada unidade do sistema, e da forma de relacionamento entre elas, para que o usuário não seja prejudicado.

Com relação à dificuldade na dispensa da medicação, são referidos principalmente pelos profissionais mais envolvidos com esta ação, os enfermeiros. Um dado que chama muita atenção na lista das dificuldades é adesão do paciente

ao programa, citada em 40,47% dos entrevistados, e queixa predominante entre os ACS, evidenciando que este profissional trabalha muito próximo ao paciente, seja na busca dos faltosos, seja porque ouve deles as queixas de preconceito familiar ou social em relação à doença.

A insegurança em realizar as ações foi mencionada por todos os grupos, evidenciando uma carência nos capacitações, principalmente no que se refere à prática, concordando com dados da literatura. Dentre as demais dificuldades chamou atenção também, a falta de uma referência oficial de serviços de fisioterapia próximo as residências, visto que os pacientes referem dificuldade de agendamento, e preconceito em relação à doença. Outra dificuldade importante é em relação aos pacientes que necessitam de sapatos especiais e férulas, e material básico para avaliação de sensibilidade e incapacidade.

A tabela 10 evidencia a dificuldade apresentada no item anterior em relação ao serviço de fisioterapia, com sobrecarga evidente de um centro filantrópico de cuidados aos pacientes com hanseníase, que se constitui na única referência especializada. Praticamente metade dos profissionais não sabe o destino de seus encaminhamentos, o que pode significar que estes pacientes não consigam realizar o tratamento indicado, e contribuir na estatística das incapacidades.

Em relação ao diagnóstico, a recomendação da classificação da OMS é seguida por praticamente 100% dos profissionais responsáveis. Mas se este profissional tem dúvida quanto ao diagnóstico, os pacientes são encaminhados ao dermatologista, mesmo a maioria não dispondo de um local específico para referenciar, o que pode atrasar o diagnóstico e contribuir para o agravamento da doença, caso o paciente se encontre com algum comprometimento neural importante. Este fato revela também que o Guia para o Controle da Hanseníase (MS, 2002) e o Caderno de Atenção Básica (MS, 2008) não ajudam estes profissionais nessas situações.

A conduta frente ao paciente que apresenta reação da doença mostra que 45,9% dos médicos tratam, enquanto 43,24% encaminham para o dermatologista. Os outros profissionais encaminham para o médico da equipe, o que se conclui que todos os pacientes com reação passam por ele. Mais uma vez, a dificuldade com o tratamento apresentada pelo médico, associado à dificuldade na referência e contra-

referência pode estar contribuindo na estatística das incapacidades, que apesar de vir apresentando um declínio ao longo da série, ainda é alta.

No conceito de saúde presente na 8ª Conferência Nacional de Saúde, a qualidade de vida e o acesso a serviços de saúde são direitos do cidadão e dever do Estado, (Adami, 1993). OS princípios do SUS, universalização, equidade, participação, regionalização e hierarquização, visam garantir esse direito dos cidadãos.

Segundo Frenk, o acesso a um serviço de saúde pode ser medido pelo nível de uso de acordo com a necessidade, e a resistência é evidenciada pelos obstáculos na obtenção dos serviços. Adami refere que Perez e Ibarra concluem que entre os aspectos que mais influenciam na satisfação do paciente são informações sobre a doença e o tratamento indicado. De acordo com os resultados apresentados na tabela 13, aproximadamente 50% dos usuários disse saber o tipo de sua doença, somente 1,43% não informou o tempo de duração do tratamento, e todos responderam sobre a realização ou não de exames. Estes dados revelam que os usuários entrevistados têm um bom nível de conhecimento de sua doença, e a tabela 15 mostra que 85,71% avaliaram positivamente o atendimento, concordando com os autores supracitados.

No conjunto das ações da vigilância em hanseníase, foram realizadas campanhas de divulgação sobre a necessidade de diagnóstico precoce e tratamento doença, além da inclusão do PCH na rede básica. Essas medidas facilitaram o acesso e alertaram os pacientes na busca de cuidados. A tabela 13 mostra que o principal motivo que levou o usuário às unidades foi o fato de apresentarem manchas, 76,81%. Mas a presença de cartazes, o trabalho das equipes da ESF e o caminhão do mutirão também foram citados, demonstrando que na luta contra essa endemia todas as medidas são válidas.

A inclusão desse programa na atenção básica pode aqui, ser avaliado como positivo, através da observação dos dados da tabela 15, em que o tempo de deslocamento do usuário até a unidade em 97,14% dos casos é menor que 30min, e o tempo de espera para ser atendido na unidade para 85,71% também é menor que 30min. Somando-se a isso a tabela 14 mostra o agendamento do tratamento, o recebimento regular do esquema básico e das reações como fatores concorrentes para essa avaliação.

7. CONCLUSÃO

A avaliação das ações do Programa de Controle da Hanseníase no município de Teresina, proposta neste estudo por meio da definição do perfil epidemiológico, da análise da capacitação e da atuação dos profissionais que compõem as equipes da ESF, e da avaliação dos usuários sobre o programa, revelando pontos positivos e falhas, gerou subsídios para as conclusões que se seguem.

O estudo revelou um perfil que classifica o município de Teresina como hiperendêmico. A endemia é caracterizada pelos seus elevados coeficientes de detecção anual de casos novos, com média de 96,21 em 100.000 habitantes, e coeficiente de prevalência maior que 8% em toda a série. A detecção em menores de 15 anos, sempre acima de 26 em 100.000 habitantes, mostrou que a força de transmissão recente do município é um dos fatores mais importantes nessa classificação. Estes resultados alertam para a necessidade de intensificação das medidas de controle, como a busca ativa. Há maior incidência das formas I e T ao longo da série, e discreto predomínio do sexo feminino.

Os resultados relacionados aos indicadores operacionais que avaliam a qualidade das ações e dos serviços do programa apresentados são contraditórios. A proporção de casos em abandono abaixo de 10%, e a proporção de casos novos com grau de incapacidade física avaliado no diagnóstico acima de 90%, classificam o município como tendo uma boa qualidade nos serviços, enquanto a proporção de casos curados no ano com grau de incapacidade avaliado abaixo de 75%, revela uma qualidade precária de assistência. Uma discreta melhora desse parâmetro decorre da falta da atualização de casos nos anos de 2007 e 2008, o que expõe a fragilidade no sistema oficial de notificação, que pode ter falhas na informação ou na alimentação deste sistema, merecendo supervisão.

Teresina tem uma cobertura de 80% da população com equipes da ESF, das quais, cerca de 70% capacitadas para desenvolver ações de controle da hanseníase. Com isso o acesso do usuário ao programa foi aumentado, porém dificuldades como insegurança no diagnóstico e no tratamento, relatada por aproximadamente 40% dos entrevistados, e a demora no atendimento das referências contribuem para que as metas de controle não sejam alcançadas.

O estudo revela que os profissionais das equipes precisam superar essas dificuldades e que o Guia para o Controle da Hanseníase e o Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde, ferramentas de apoio práticas e disponíveis, estão sendo subutilizados. As capacitações, mesmo sendo fundamentais, não devem ser tomadas como medidas isoladas de aprendizado. Há também necessidade de se utilizar o formulário de referência de pacientes em tratamento de hanseníase, para que a contra-referência seja feita a contento e possa ser positiva no acompanhamento desses pacientes. Porém, é necessário que estas informações cheguem oficialmente às equipes, para que haja um envolvimento e uma uniformidade de conduta.

Vale ressaltar, também, a necessidade de infra-estrutura de apoio ao diagnóstico e acompanhamento dos usuários, na prevenção de incapacidades que refletem na saída do mercado de trabalho e no comprometimento da vida sócio-afetiva desses pacientes. A falta de centros de reabilitação próximos, ou até mesmo distantes dos usuários, é uma realidade constatada neste estudo, refletindo a necessidade de uma participação mais efetiva do Poder Público, que pode ser transformada com a criação de setores de fisioterapia, de apoio psicológico, acompanhamento ortopédico e oftalmológico em unidades que permitam uma cobertura de atendimento satisfatória.

Em uma primeira avaliação, de forma simplista, os usuários se manifestaram satisfeitos com o acesso ao programa. Porém, é necessário que se realizem mais estudos com o intuito de ampliar o leque de informações, para que se tenha o conhecimento das necessidades, das dificuldades e da satisfação destes pacientes, o mais próximo da realidade.

Diante de um panorama caracterizado por níveis endêmicos elevados de hanseníase, apesar da descentralização do tratamento e de sua integração à rede básica de saúde, com as dificuldades evidenciadas no presente estudo, deve ser considerada a situação sócio-econômica, envolvendo parâmetros de higiene, alimentação e moradia do município, como fatores determinantes da endemia.

A nova meta do Ministério da Saúde, de se reduzir o coeficiente de detecção em menores de 15 anos até 2011, exige intensificação da vigilância, com melhora na busca ativa, com o compromisso e participação de todos que fazem o PCH, gestores, profissionais e usuários. Espera-se, portanto, que os resultados e

conclusões apresentadas neste estudo, possam contribuir nas reflexões, no desenvolvimento de políticas e no direcionamento de medidas que garantam a efetividade e sustentabilidade no combate a esse agravo ainda tão presente no município de Teresina.

REFERÊNCIAS

ADAMI, N. P. Acesso, utilização e aceitação dos serviços de dermatologia de um Centro de Saúde Escola sob o modo de ver dos hansenianos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.1, n. 2, p.53-67, 1993.

ANDRADE, V., *et al.* Impacto da descentralização do Programa de Eliminação da Hanseníase no Brasil. In: **Descentralización y gestión del control de las enfermedades transmissibles en América Latina**, Buenos Aires, Argentina: OPS, 2006, p.165-184. Disponível em <<http://www.paho.org/english/ad/dpc/cd/res-descentralizacion.pdf>>, p 165-184, Acesso em: 18 jun. 2008.

BABBIE, E. **Métodos de Pesquisas de Survey**. Tradução Guilherme Cezarino. Belo Horizonte: Editora UFRM, 1999.

BARBOSA, J.C. *et al.* Olhares sobre as ações do Programa de Controle da Hanseníase: a perspectiva dos profissionais de saúde no Brasil. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.16, n.2, p. 273-292, 2008.

BOLFARINE, H.; BUSSAB, W.O. **Elementos de Amostragem**. São Paulo: Editora Edgar Lúcher, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica/SUS - NOB/SUS 01/93: Portaria MS/GM nº 545, de 20/5/1993**. Disponível em : http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_09.pdf>. Acesso em 17 de ago. 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde- NOB/SUS de 06/11/96**. Disponível em <http://www.portalsocial.ufsc.br/legislacao/saude/nob96.pdf>. Acesso em 17 de ago. 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Guia para o Controle da Hanseníase**, 2002. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_de_hanseniase.pdf. Acesso em 17 de ago. 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Atenção Básica e Saúde da Família**. 2008. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>. Acesso em 20 de set. 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde, **Programa Nacional de Controle da Hanseníase**. http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=149, Acesso em 24 de jun. 08.

BRASIL, Ministério da Saúde, SVS,DVE,PNEH, **Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase em nível municipal 2006-2010**, 2006.

BRASIL, **Nota Técnica nº 10/2007**, Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase/Departamento de Vigilância Epidemiológica/Secretaria de Vigilância Sanitária/Ministério da Saúde.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Vigilância em Saúde: situação epidemiológica da hanseníase no Brasil, 2008**. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/boletim_novembro.pdf. Acesso em 12 ago. 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**. Vigilância em Saúde. Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose. 2ª ed., 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 648 de 28 de março de 2006**. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf, Acesso em 17 ago. 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Controle da Hanseníase**. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1466 Acesso em 12 ago. 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretária de Vigilância em Saúde. **Portaria Conjunta nº 125, de 26 de março de 2009**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2009/poc0125_26_03_2009.html. Acesso em: 12 ago. 2009.

CHEN X.S. *et al.* Leprosy in China: epidemiological trends between 1949 and 1998. **Bull World Health Organ**. Genebra, v.79, n.4, p. 306-312. 2001.

CUNHA, A.Z.S. Hanseníase: aspectos da evolução do diagnóstico, tratamento e control, **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.7 n.2, p.235-242. 2002.

DA CUNHA, M.D. *et al.* Os indicadores da hanseníase e as estratégias de eliminação da doença, em um município endêmico do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n.5, p.1187-1197. 2007.

FELICIANO, K.V.O.; KOVACS, M.H.; ALZATE, A. Diagnóstico precoce da hanseníase: o caso dos serviços de saúde no Recife (Pernambuco), Brasil. **Rev Panam Salud Publica**. V. 4, n. 1, p. 6-13. 1998. Washington, DC.

GOMES, C.C.D. *et al.* Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes diagnosticados com hanseníase em um centro de referência na região nordeste do Brasil. **An Bras Dermatol** , Rio de Janeiro. v. 80, Supp, p. 283-8. 2005.

HARTZ, Z.M.A.; CONTANDRIOPOULOS, A.P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 20 supl.2, p.331-336. 2004.

IBGE, **Contagem da população 2007**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/PI.pdf>. Acesso em 23/09/08.

LIMA, M.S.M. *et al.* Capacitação Técnica VS. Comprometimento profissional: o real impacto no controle da hanseníase. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro. v.16, n.2, p.293-306. 2008.

LOMBARDI, C. *et al.* La eliminación de la lepra de las Américas: situación actual y perspectivas. **Rev Panam Salud Pública**. Washington. v. 4, n. 3. 1998.

MAGALHÃES, M.C.C.; ROJAS, L.I. Evolución de la endemia de la lepra en Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol**, São Paulo, v.8, n.4, p. 342-55, 2005.

MAGALHÃES, M.C.C; ROJAS, L.I. Diferenciação Territorial da Hanseníase no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Brasília. v.16, n. 2. 2007.

MARTELLI, M.C.T. *et al.* Endemias e epidemias brasileiras, desafios e perspectivas de investigação científica: hanseníase. **Rev. Bras. Epidemiol**. São Paulo. V. 5, n. 3. 2002.

MOREIRA, T.M.A. **Avaliação da descentralização das ações programáticas de hanseníase: Um estudo de caso**. Tese que apresenta à Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, com vistas à obtenção do grau de doutor em saúde pública. Disponível em:

<http://portalteses.cict.fiocruz.br/pdf/FIOCRUZ/2002/moreiratd/capa.pdf>. Acesso em 20 jun 2008.

MORENO, C.M.C.; ENDERS B.C.; SIMPSON, C.A. Avaliações das capacitações de Hanseníase: opinião de médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família. **Rev Bras Enfer**. Brasília, v. 61, n. Esp, p 671-5. 2008.

NOVAES, A.M.D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Rev Saúde Pública**. São Paulo. V. 34, n. 5, p. 547-59. 2000.

OLIVEIRA, A.R. **Perfil Epidemiológico da Hanseníase em menores de 15 anos no município de Teresina-Piauí**. Dissertação de mestrado na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Auroca- Fundação Oswaldo Cruz. Teresina, Piauí. 2008.

OLIVEIRA, M.L.W. Desafios para a efetividade das ações de controle da hanseníase. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.16, n.2. p 141-146. 2008.

OLIVEIRA, P.H.F.C. **Amostragem Básica. Aplicação em Auditoria com práticas em Microsoft Excel e ACL**; F.C.Oliveira; Rio de Janeiro:Editora Ciência Moderna Ltda, 2004.

PANAMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Situation Report: Leprosy in the América**, 2007. Disponível em <http://www.amro.who.int/English/AD/DPC/CD/lep-sit-reg-2007.pdf>, Acesso em 09 abr. 2008.

PATROCLO, M.A.A. et al. Análise de dois modelos para avaliação de programas de hanseníase no Brasil. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.16, n.2, p. 257-272, 2008.

PIAUI, Secretaria de Saúde. Disponível em: http://www.saude.pi.gov.br/programas_PSF.asp. Acessado em: 24 jul. 2008.

RICHARDUS, J.H.; Habema, D.F. The impact of leprosy control on the transmission of *M. leprae*: is elimination being attained? **Lepr Rev** . v. 78,n.4, p. 330-337, 2007.

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

TALHARI, S. et al. **Hanseníase**, 4ª edição ,Manaus 2006.

TERESINA, Fundação Municipal de Saúde. **PSF-Programa Saúde da Família**. Disponível em: <http://saude.teresina.pi.gov.br/psf.asp>. Acesso em 12 de set. 2008.

VIEIRA DA SILVA, L.M.; HARTZ, A.M.A. **Avaliação em Saúde, dos Modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistema de Saúde**. Ed. Fiocruz e ed. da Universidade Federal da Bahia, Salvador/ Rio de Janeiro, 2005.

VISSCHEDIJK, J. *et al.* Leprosy control strategies and integration of health services: an international perspective. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n. 6, p. 1567-1581, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, **Report of the global forum on elimination of leprosy as a public health problem**. Geneva Switzerland, 26 may 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, **Weekly epidemiological record**, n 25; 22 june 2007. Geneva. <http://www.who.int/we>. Acesso em 17 jun. 2008.

ANEXO A

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO EM CIÊNCIA E SAÚDE

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. . Você precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. Este estudo está sendo conduzido por (Mestranda Elizane Viana Eduardo Pereira), com finalidade de dissertação de mestrado, orientado pela Profª Drª Lídy Tolstenko Nogueira Barbosa. Após ser **esclarecido** (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma. Em caso de dúvida você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí pelo telefone: (86) 3215-5734.

ESCLARECIMENTOS SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: Avaliação dos resultados da integração ações do Programa de Eliminação da Hanseníase com a Estratégia Saúde da Família, no município de Teresina (PI).
Pesquisador Responsável: Elizane Viana Eduardo Pereira.
Telefone para contato (inclusive ligações a cobrar): (86) 3215-1148.
Pesquisadores participantes: Elizane V. E. Pereira.
Telefones para contato: (86) 3215-1148

Será realizada uma pesquisa sobre os resultados das ações do Programa de Eliminação da Hanseníase (PEH) desenvolvidas pelas equipes da Estratégia da Saúde da Família (ESF), do município de Teresina, zona urbana. Os dados serão coletados mediante aplicação de questionários pela pesquisadora, aos componentes das ESF, no local de trabalho, em horário previamente estabelecido, e que não interfira nas atividades dos mesmos, e aos usuários registrados no PEH, no horário de recebimento da dose supervisionada. São perguntas objetivas, e que se referem à qualificação e execução de seu trabalho, que em nada comprometem suas relações profissionais. O questionário dirigido aos usuários, coleta informações referentes ao conhecimento do tratamento e à sua realização. Após análise adequada, estes dados nos permitirão conhecer os resultados dessas ações, podendo contribuir para a melhoria do programa e, conseqüentemente, da hanseníase.

O entrevistado tem acesso à pesquisadora, através dos telefones citados acima, para qualquer esclarecimento. Sua identificação é sigilosa, estando disponível somente ao pesquisador, a equipe do estudo, representantes do comitê de ética, e inspetores de agências regulamentadoras do governo, quando necessário, não sendo utilizada em qualquer etapa da pesquisa, exceto se houver solicitação legal.

Caso haja desistência em participar da pesquisa, este termo pode ser cancelado, a qualquer momento, sem qualquer prejuízo ao entrevistado.

♦ Nome e Assinatura do pesquisador _____

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG/ CPF/ n.º de prontuário/ n.º de matrícula _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo _____, como sujeito. Fui suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo "**Avaliação dos resultados o das ações do Programa de Eliminação da Hanseníase desenvolvidas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família no município de Teresina (PI)**". Eu discuti com a mestranda (**Elizane Viana Eduardo Pereira**) sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu acompanhamento/ assistência/tratamento neste Serviço.

Local e data _____

Nome e Assinatura do sujeito ou responsável: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____



Assinatura: _____

Nome: _____

Assinatura: _____

Observações complementares

ANEXO B

	<p>MINISTÉRIO DA SAÚDE Conselho Nacional de Saúde Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)</p>	<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação Comitê de Ética em Pesquisa - CEP- UFPI REGISTRO CONEP: 045</p>	
---	--	---	---

CARTA DE APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – (CONEP/MS) analisou o protocolo de pesquisa:

Título: Avaliação dos resultados das ações do programa de eliminação da hanseníase desenvolvidas pelas equipes da estratégia saúde da família no município de Teresina
CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética): 0227.0.045.000-08
Pesquisador Responsável: Lydia Tolstenko Nogueira

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes estabelecidas na Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente a este Comitê. O pesquisador deve apresentar ao CEP:

Janeiro/2010 Relatório final

Os membros do CEP-UFPI não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

DATA DA APROVAÇÃO: 13/2/2009

Teresina, 13 de fevereiro de 2009.


 Prof. Dr. Carlos Ernando da Silva
 Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI
 COORDENADOR

ANEXO C



MEMO/CAA/Nº 379/2008

Teresina, 17 de dezembro de 2008

Da: Coordenação de Ações Assistenciais
Para: Gerência de Epidemiologia

Apresentamos Elizane Viana Eduardo Pereira, que realizará a pesquisa **“Avaliação do resultado das Ações do Programa de Eliminação da Hanseníase desenvolvidas pelas equipes da estratégia saúde da família no município de Teresina”**, no banco de dados do SINAN.


Logo após a conclusão do trabalho, deverá ser encaminhado um relatório final à Presidência da FMS.

Atenciosamente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Amariles Borba", is written over a faint, larger version of the same signature.


Amariles de Souza Borba
COORDENADORA DE AÇÕES ASSISTENCIAIS


ANEXO D



FMS
Fundação Municipal de Saúde

Departamento de Epidemiologia
Divisão de Controle de Tuberculose e Hanseníase





PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO
CIDADE FUTURO

GUIA DE ENCAMINHAMENTO DE HANSENÍASE

UNIDADE DE SAÚDE: _____

ENDEREÇO: _____ ESTADO: _____ CEP: _____

Apresentamos o Sr(e) _____
portador de Hanseníase _____ para avaliação nesta Unidade de Saúde
(forma)

1) Resultado dos Exames Realizados

Baciloscopia	Tuberculose Miliária	Histopatológico
Positiva <input type="checkbox"/>	Positivo <input type="checkbox"/>	_____
Negativa <input type="checkbox"/>	Negativo <input type="checkbox"/>	_____
Não Realizada <input type="checkbox"/>	Não Realizado <input type="checkbox"/>	_____

2) Tratamento (Registre esquema, dose e duração do tratamento)

3) Motivo de Encaminhamento (História atual)

Data: ____/____/____ Assinatura: _____

4) Resultado da Avaliação - Conduta

Data: ____/____/____ Assinatura: _____

ANEXO E

Quadro 1 - INDICADORES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA HANSENÍASE

Indicadores da força de morbidade, magnitude e perfil epidemiológico			
INDICADOR	CONSTRUÇÃO	UTILIDADE	PARÂMETROS
Coefficiente de detecção anual de casos novos de hanseníase por 100.000 habitantes	<p>Numerador: Casos novos residentes em determinado local e diagnosticados no ano da avaliação</p> <p>Denominador: População total residente no mesmo local e período.</p> <p>Fator de multiplicação: 100.000</p>	Medir força de morbidade, magnitude e tendência da endemia.	<p>Hiperendêmico: $\geq 40,00/100.000$ hab.</p> <p>Muito Alto: 20,00 a 39,99/100.000 hab.</p> <p>Alto: 10,00 a 19,99 /100.000 hab.</p> <p>Médio: 2,00 a 9,99 /100.000 hab.</p> <p>Baixo: $< 2,00/100.000$ hab.</p>
Coefficiente de detecção anual de casos novos de hanseníase na população de 0 a 14 anos por 100.000 habitantes	<p>Numerador: Casos novos em menores de 15 anos de idade residentes em determinado local e diagnosticados no ano da avaliação</p> <p>Denominador: População de 0 a 14 anos no mesmo local e período.</p> <p>Fator de multiplicação: 100.000</p>	Medir força da transmissão recente da endemia e sua tendência.	<p>Hiperendêmico: $\geq 10,00/100.000$ hab.</p> <p>Muito Alto: 5,00 a 9,99 /100.000 hab.</p> <p>Alto: 2,50 a 4,99 /100.000 hab.</p> <p>Médio: 0,50 a 2,49 /100.000 hab.</p> <p>Baixo: $< 0,50/100.000$ hab.</p>
Proporção de casos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico, entre os casos novos detectados e avaliados no ano ⁽¹⁾	<p>Numerador: Casos novos com grau 2 de incapacidade física no diagnóstico, residentes em determinado local e detectados no ano da avaliação</p> <p>Denominador: Casos novos com grau de incapacidade física avaliado, residentes no mesmo local e período</p> <p>Fator de multiplicação: 100</p>	Avaliar a efetividade das atividades da detecção oportuna e/ou precoce de casos	<p>Alto: $\geq 10\%$</p> <p>Médio: 5 a 9,9%</p> <p>Baixo: $< 5\%$</p>
Coefficiente anual de prevalência de hanseníase por 10.000 habitantes	<p>Numerador: Casos residentes em determinado local e em tratamento em 31/12 do ano de avaliação</p> <p>Denominador: População total residente no mesmo local no ano de avaliação</p> <p>Fator de multiplicação: 10.000</p>	Medir a magnitude da endemia	<p>Hiperendêmico: $\geq 20,0/10.000$ hab.</p> <p>Muito Alto: 10,0 a 19,9 /10.000 hab.</p> <p>Alto: 5,0 a 9,9 /10.000 hab.</p> <p>Médio: 1,0 a 4,9 /10.000 hab.</p> <p>Baixo: $< 1,0 /10.000$ hab.</p>
Proporção de casos de hanseníase curados com grau 2 de incapacidade física dentre os casos avaliados no momento da alta por cura no ano ⁽¹⁾	<p>Numerador: Casos com grau 2 de incapacidade física na alta por cura, residentes em determinado local e curados no ano da avaliação</p>	Avaliar a transcendência da doença e subsidiar a programação de ações de prevenção e tratamento de incapacidades pós-alta por cura	<p>Alto: $\geq 10\%$</p> <p>Médio: 5 a 9,9%</p> <p>Baixo: $< 5\%$</p>

	<p>Denominador: casos com grau de incapacidade física avaliados na alta por cura, no mesmo local e período.</p> <p>Fator de multiplicação: 100</p>		
--	--	--	--

Indicadores da qualidade das ações e serviços (operacionais)			
INDICADOR	CONSTRUÇÃO	UTILIDADE	PARÂMETROS
Proporção de casos novos de hanseníase com o grau de incapacidade física avaliado no diagnóstico	<p>Numerador: Casos novos de hanseníase com o grau de incapacidade física avaliado no diagnóstico, residentes em determinado local e detectados no ano da avaliação</p> <p>Denominador: Casos novos de hanseníase residentes no mesmo local e diagnosticados no ano da avaliação</p> <p>Fator de multiplicação: 100</p>	Medir a qualidade do atendimento nos Serviços de Saúde e monitorar os resultados das ações da Programação de Ações de Vigilância em Saúde -PAVS.	<p>Bom $\geq 90\%$</p> <p>Regular 75 a 89,9</p> <p>Precário $< 75\%$</p>
Proporção de cura de hanseníase entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes ^{(2) (3)}	<p>Numerador: Casos novos residentes em determinado local, diagnosticados nos anos das coortes e curados até 31.12 do ano de avaliação</p> <p>Denominador: Total de casos novos residentes no mesmo local e diagnosticados nos anos das coortes</p> <p>Fator de multiplicação: 100</p>	Avaliar a qualidade da atenção e do acompanhamento dos casos novos diagnosticados até a completitude do tratamento. Monitorar o Pacto pela Vida (Portaria no. 325/GM, de 21 de fevereiro de 2008)	<p>Bom $\geq 90\%$</p> <p>Regular 89 a 75%</p> <p>Precário $< 75\%$</p>
Proporção de casos curados no ano com grau de incapacidade física avaliado	<p>Numerador: Casos curados no ano com o grau de incapacidade física avaliado por ocasião da cura residentes em determinado local</p> <p>Denominador: Total de casos curados no ano residentes no mesmo local</p> <p>Fator de multiplicação: 100</p>	Medir a qualidade do atendimento nos Serviços de Saúde e monitorar o resultado das ações da PAVS.	<p>Bom $\geq 90\%$</p> <p>Regular 75 a 89,9%</p> <p>Precário $< 75\%$</p>
Proporção de examinados entre os contatos intradomiciliares registrados dos casos novos de hanseníase no ano	<p>Numerador: Contatos intradomiciliares examinados referentes aos casos novos residentes em determinado local e diagnosticados no ano de avaliação</p> <p>Denominador: Total de contatos intradomiciliares registrados referentes aos casos novos residentes no mesmo local e</p>	<p>Avaliar a capacidade dos serviços em realizar a vigilância de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase para detecção de novos casos.</p> <p>Monitorar o resultado das ações da PAVS.</p>	<p>Bom: $\geq 75\%$</p> <p>Regular: 50 a 74,9%</p> <p>Precário: $< 50\%$</p>

	diagnosticados no ano de avaliação Fator de multiplicação: 100		
Proporção de casos de hanseníase em abandono de tratamento entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes ⁽²⁾	Numerador: Casos residentes em determinado local, informados como abandono entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes Denominador: Total de casos novos residentes no mesmo local e diagnosticados nos anos das coortes Fator de multiplicação: 100	Avaliar a qualidade da atenção e do acompanhamento dos casos novos diagnosticados até a completude do tratamento	Bom: < 10% Regular: 10 a 24,9% Precário: ≥ 25%

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

⁽²⁾ Indicador a ser calculado por local de residência atual do paciente. Deverão ser retirados do denominador apenas os casos considerados como erro diagnóstico.

⁽³⁾ Os anos das coortes são diferenciados conforme a classificação operacional e data de diagnóstico de hanseníase:

a) Paucibacilar (PB) – todos os casos novos paucibaciliares que foram diagnosticados 1 ano antes do ano da avaliação;

b) Multibacilar (MB) – todos os casos novos multibaciliares que foram diagnosticados 2 anos antes do ano da avaliação.

ANEXO F

Frequência por Avaliação de Incapacidade na Cura segundo Ano Diagnóstico						
Ano Diagnóstico	Ign/Branco	GRAU ZERO	GRAU I	GRAU II	Não AVALIADO	Total
2001	149	304	49	23	304	829
2002	140	264	49	6	241	700
2003	164	282	32	5	309	792
2004	128	318	50	6	212	714
2005	176	372	89	10	172	819
2006	202	273	44	12	141	672
2007	425	203	27	11	24	690
2008	650	51	0	1	3	705

Fonte: SINAN

APÊNDICE A

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO EM CIÊNCIAS E SAÚDE

FORMULÁRIO II: Dados para traçar o perfil dos profissionais da ESF que desenvolvem ações do PEH, no período de 2000-2008, no município de Teresina (PI).

IDENTIFICAÇÃO:

Profissão: (1) médico (2) enfermeiro (3) auxiliar de enfermagem (4) ACS []
n^o Equipe _____

1- Há quanto tempo o Sr^(a) faz parte da equipe da ESF de da FMS de Teresina? []
(1) menos de 1 ano (2) entre 1-5 anos (3) mais de 5 anos

2- O Sr^(a) faz atendimento de Hanseníase pela ESF? []
(1) sim (2) não

3- O Sr^(a) recebeu alguma capacitação para atendimento específico das ações de hanseníase pela ESF? []
(1) sim (2) não

4- (Se a resposta anterior for afirmativa). Quantas capacitações foram realizadas? []
(1) uma (2) duas (3) três ou mais

5- Em que data foi realizada a última capacitação?
_____/_____/_____

6- Qual órgão foi responsável pelas capacitações? [] []
(1) MS (2) SESAPI (3) FMS

7- As capacitações foram realizadas para cada área (médico, enfermeiro, agente comunitário de saúde), ou separadamente para cada classe profissional? []
(1) sim, para cada área (2) não, separadamente para cada classe profissional

8- O Sr^(a) considera os treinamentos realizados suficientes para que o Sr^(a) realize as ações de hanseníase? []
(1) sim (2) não

9- O Sr^(a) utiliza o guia de controle da hanseníase ou o caderno de atenção básica do MS? []
(1) sim (2) não

10- Que atividade o Sr^(a) realiza dentro do programa em relação às ações da hanseníase? []
(1) diagnostica e indica o tratamento ppp 11
(2) registra o paciente no programa, entrega a medicação e orienta sobre o tratamento na 1^a consulta
(3) entrega a medicação e supervisiona o paciente durante todo o tratamento
(4) entrega a medicação durante todo o tratamento

11- O Sr^(a) faz o diagnóstico com base na classificação operacional da Organização Mundial de Saúde (OMS) em paucibacilar e multibacilar (PB e MB)? []
(1) sim (2) não

12- Se o Sr^(a) tem dúvida do diagnóstico, qual o seu procedimento? []
(1) trata como de fosse hanseníase

- (2) encaminhado para o dermatologista
- (3) consulta o manual de hanseníase para tirar dúvidas

13- Caso o paciente apresente alguma das reações durante o acompanhamento da doença, qual a sua postura? []

- (1) diagnostica e trata as reações
- (2) encaminha para um dermatologista
- (3) consulta o manual de hanseníase para tirar dúvidas

14- Sua equipe conta atualmente com um dermatologista de referência? []

- (1) sim
- (2) não

15-(Caso a pergunta anterior seja afirmativa). O Sr^(a) sabe quem é o dermatologista de referência? []

- (1) sim
- (2) não

16- Existe um formulário para referências ao dermatologista? []

- (1) sim
- (2) não

17- O Sr^(a) faz avaliação de incapacidade no paciente com diagnóstico de hanseníase?

[]

- (1) sim
- (2) não

18- Caso o paciente apresente algum grau de incapacidade, para que serviço de fisioterapia ele drenado?

19- Cite as dificuldade que o Sr^(a) encontra atualmente, em desenvolver as ações do programa de hanseníase.

APÊNDICE B

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO EM CIÊNCIA E SAÚDE

FORMULÁRIO III. Avaliação do acesso do usuário às ações do PEH desenvolvidas pelas equipes da ESF, no período de 2000-2008, no município de Teresina (PI).

IDENTIFICAÇÃO:

Nº do SINAN _____

GRAU DE INSTRUÇÃO _____ []

(1) analfabeto (2) só lê (3) fundamental I incompleto (4) fundamental completo
(5) fundamental II incompleto (6) fundamental II completa (7) ensino médio incompleto
(8) ensino médio completo (9) superior incompleto (10) superior completo

INÍCIO DO TRATAMENTO _____

UNIDADE DE SAÚDE _____

ESF _____

1- O Sr^(a) faz tratamento de hanseníase, atualmente? []

(1) sim (2) não

2- O Sr^(a) sabe o tipo da sua da doença? []

(1) sim (2) não

3- (Se afirmativo), diga qual a forma? []

(1) PB- paucibalícar (2) MB- multibacilar

4- Quanto tempo vai durar o seu tratamento? []

(1) 6 meses (2) 12 meses (3) não sabe

5- O diagnóstico de sua doença foi feito nesta Unidade de Saúde []

(1) sim (2) não

6- Foi realizado algum exame para confirmar sua doença? []

(1) sim (2) não

7 Se afirmativo, qual exame foi feito? []

(1) baciloscopia (2) biópsia

8- Quem fez o diagnóstico de sua doença? []

(1) o médico (2) a enfermeira (3) o auxiliar de enfermagem

(4) o agente comunitário de saúde

9-Para fazer o diagnóstico da doença você: []

(1) procurou a unidade de saúde porque tinha manchas

(2) procurou a unidade de saúde porque viu cartazes, propaganda na TV, rádio, ou soube que tinha consultas para manchas

(3) foi examinado em casa pela equipe da ESF

10- É agendado o dia de receber a medicação? []

(1) sim (2) não

11- O Sr^(a) recebe a medicação todos os meses? []

(1) sim (2) não

- 12- (Caso a resposta anterior seja negativa). Qual o motivo? []
(1) acha que não é importante receber a medicação todos os meses
(2) a unidade de saúde é distante de casa, e não tem como ir na data marcada
(3) às vezes vai ao posto e não tem medicação
(4) às vezes vai ao posto e não tem quem forneça a medicação
- 13- Já apresentou alguma reação da doença? []
(1) sim (2) não
- 14- (Caso a resposta anterior se positiva). O Sr^(a) recebeu tratamento para reação:[]
(1) sim, orientado pelo agente de saúde da ESF (ppp 17)
(2) sim, orientado pelo enfermeiro da ESF (ppp17)
(3) sim, orientado pelo médico da ESF (ppp17)
(4) sim, por um dermatologista em outro hospital (ppp 15)
(5) não
- 15-(Caso tenha sido encaminhado para outro hospital). A consulta com o dermatologista foi:
[]
(1) agendada, porém foi demorado
(2) foi agendada com demora e o hospital era distante
(3) foi agendada sem demora
- 16- Ao ser encaminhado para o dermatologista, o Sr^(a): []
(1) levou encaminhamento por escrito, explicando o seu tratamento e o motivo do encaminhamento
(2) foi orientado a procurar outro médico para resolver seu problema, mas não recebeu nenhum encaminhamento por escrito
- 17- Em relação ao tratamento da reação: []
(1) recebeu a medicação corretamente, o tempo que precisou usar
(2) não recebeu a medicação corretamente, porque às vezes estava em falta
- 18- Em relação ao aparecimento da reação da doença, ela surgiu: []
(1) antes da doença ser diagnosticada (descoberta)
(2) depois que o Sr^(a) iniciou o tratamento da doença
- 19-No seu caso é necessário fazer fisioterapia? []
(1) sim (2) não
- 20-(Caso a respostas seja positiva). O Sr^(a) faz a sua fisioterapia: []
(1) corretamente, sem dificuldades
(2) corretamente, mas a clínica é distante de casa
(3) não faz corretamente porque a clínica é distante de casa
(4) não faz porque não consegue agendar as sessões
(5) não faz porque tem dificuldade em agendar devido a sua doença
- 21-Quanto tempo você leva para chegar à unidade de saúde?

- 22- Quanto tempo você espera para ser atendido na unidade de saúde?

- 23- como você avalia o atendimento? []
(1) ruim (2) regular (3) bom
- 24- Você tem contato familiar com hanseníase? []
(1) sim (2) não