



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
NÚCLEO DE MEDICINA TROPICAL**

HILMA SOLANGE LOPES SOUZA

**AVALIAÇÃO OPERACIONAL DO PROGRAMA DE CONTROLE DA HANSENÍASE NAS
UNIDADES DE SAÚDE DO DISTRITO DAGUA NO MUNICÍPIO BELÉM-PA**

BELÉM
2013

HILMA SOLANGE LOPES SOUZA

**AVALIAÇÃO OPERACIONAL DO PROGRAMA DE CONTROLE DA HANSENÍASE NAS
UNIDADES DE SAÚDE DO DISTRITO DAGUA NO MUNICÍPIO BELÉM-PA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Doenças Tropicais do Núcleo de Medicina Tropical da Universidade Federal do Pará, como pré-requisito para obtenção do título de Mestre em Doenças Tropicais, área de concentração Patologia das Doenças Tropicais.

Orientadora: Prof^a Dr^a Marília Brasil Xavier.

BELÉM
2013

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

S729a Souza, Hilma Solange Lopes

Avaliação operacional do Programa de Controle da Hanseníase nas unidades de saúde do Distrito Dagua no município de Belém-Pa / Hilma Solange Lopes Souza. – 2013.
97 f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Pará, Instituto de Ciências da Saúde, Núcleo de medicina tropical, Belém, 2013.

Orientadora: Profª Drª Marília Brasil Xavier.

1. Hanseníase - Avaliação. 2. Hanseníase – Controle. 3. Brasil – Pará – Belém. I. Xavier, Marília Barsil, Orient. II. Título.

CDD - 22. ed. 614.546098115

HILMA SOLANGE LOPES SOUZA

**AVALIAÇÃO OPERACIONAL DO PROGRAMA DE CONTROLE DA
HANSENÍASE NAS UNIDADES DE SAÚDE DO DISTRITO DAGUA
BELÉM-PA**

Dissertação apresentada a banca examinadora do Núcleo de Medicina Tropical – Pós graduação em Doenças Tropicais da UFPA como requisito para obtenção do grau de Mestre em Patologia das Doenças Tropicais.

Profª Drª Marília Brasil Xavier (UFPA)
Orientadora

Banca examinadora:

Titular: Profa. Dra. Rita Catarina Medeiro de Sousa – NMT

Titular: Prof. Dra. Marcia Maria Bragança Lopes – UFPA

Titular Profa. Dra. Angela Maria Rodrigues Ferreira-UEPA

Aprovado em: ____/____/____

Conceito: _____

Aos meus pais Edson e Raimunda, pela dedicação, carinho, amor e exemplo de vida repassado.

Ao meu esposo Sidney, por seu amor, compreensão e cumplicidade nos momentos de alegria e de tristeza compartilhados.

Aos meus filhos amados, Luana e Luan, pelo apoio, amizade, carinho, ternura, amor, compreensão e conforto.

A minha querida netinha Maria Luiza pelo sorriso e presença que dá força para continuar

Muito obrigada a todos.

AGRADECIMENTOS

Deus, obrigada por iluminar dia a dia os meus passos e por me dar forças para os enfrentamentos da vida.

Ao Prof^o Dr^a Marília Brasil Xavier, pelas palavras sábias, determinação e orientação valiosas nesta pesquisa.

A Prof^a Dr^a Carla Avelar Pires, por sua serenidade, atenção e apoio nesta caminhada.

A equipe do NMT pelo apoio e incentivo.

A Dra. Conceição Pinheiro pelo incentivo para a conclusão do trabalho.

Aos colegas e amigos de trabalho, em especial aos professores. Muito obrigada amigas, pelo companheirismo, incentivo, ter sempre uma palavra de consolo nestes anos de estudo.

À direção da UMS Guamá representada por Priscila Moraes Silva e demais funcionários, pela recepção e ter nos deixado à vontade como membro integrante do serviço. Obrigada, em especial, à equipe do Programa de Controle da Hanseníase do Guamá (Enfa. Tatiana, Enfa Elisângela e às Técnicas de enfermagem Neide, Ana Paula), pelo apoio, confiança e colaboração.

Aos profissionais das unidades do Distrito Dagua pela confiança e oportunizar o trabalho através dos registros do Programa de Controle da Hanseníase do Guamá e da atenção em responder os questionários, sem os quais não seria possível a realização desta pesquisa, muitíssimo obrigada!

Aos coordenadores dos programas da SESMA em especial a Dra Carlene, Eliana, e demais técnicos que compõem a equipe da coordenação, apoio, colaboração em autorizar e viabilizar informações e material para pesquisa. Obrigada.

Aos coordenadores da SESPA: Luis Augusto. Em especial: Carlos Cruz, pelo exemplo de profissionalismo, e competência.

“O mais importante para o homem é crer em si mesmo. Sem esta confiança em seus recursos, em sua inteligência, em sua energia, ninguém alcança o triunfo a que aspira”.

Thomas Atkinson

OLHANDO BELÉM

O sol da manhã rasga o céu da Amazônia Eu olho Belém da janela do hotel As aves que passam fazendo uma zona Mostrando pra mim que a Amazônia sou eu E tudo é muito lindo É branco, é negro, é índio No rio Tiete mora a minha verdade Sou caipira, sede urbana dos matos Um caipora que nasceu na cidade Um curupira de gravata e sapatos Sem nome e sem dinheiro Sou mais um brasileiro Olhando Belém enquanto uma canoa desce um rio E o curumim assiste da canoa um Boeing riscando o vazio Eu posso acreditar que ainda dá pra gente viver numa boa Os rios da minha aldeia são maiores do que os de Fernando Pessoa (e o sol da manhã rasga o céu da Amazônia) Olhando os meus olhos de verde e floresta Sentindo na pele o que disse o poeta Eu olho o futuro e pergunto pra insônia Será que o Brasil nunca viu a Amazônia E vou dormir com isso Será que é tão difícil.

Nilson Chaves.

RESUMO

O presente estudo descreve a avaliação operacional das ações de controle do programa da hanseníase nas unidades de saúde do distrito administrativo do Guamá- dagua do município de Belém no Estado do Pará. Trata de um estudo quantitativo ecológico do tipo transversal. Realizada no período de 2005 a 2010 em 11 unidades de saúde sendo 05 Centros de saúde e 06 casas famílias . Os dados utilizados foram secundários obtidos através do Sistema de informação de agravos de notificação- SINAN relacionado a 05 indicadores operacionais utilizados pelo Ministério da Saúde para avaliação do Programa de Controle da Hanseníase e os dados primários coletados por meio de entrevistas com os profissionais de saúde . Os resultados encontrados no distrito foram: coeficiente de detecção no período de 22,6 a 39,7 casos de hanseníase por 100.000 habitantes muito alto de acordo com os parâmetros do MS. Na avaliação de incapacidade no momento do diagnóstico o resultado encontrado foi regular (81,3%) levando-se em consideração o total dos casos notificados. Evidenciou-se uma precariedade na avaliação do grau de incapacidade dos casos curados em todo o período de estudo. Quanto as altas curadas o percentual encontrado foi acima de 90% na maioria das unidades. Observou-se que o abandono de tratamento nas unidades do Distrito Dagua se manteve estável, apresentando percentuais abaixo de 10% em (6) seis das onze unidades. Identificou-se que as unidades do bairro da Terra Firme contribuíram para elevação dos percentuais de alta por abandono. Na entrevista realizada com profissionais sobre as capacitações recebidas, a associação entre as variáveis, aptidão para diagnosticar e tratar hanseníase e complicações e ou reações, com as variáveis como idade, categoria profissional e tempo de serviço. identificou-se que a variável tempo de serviço foi considerada estatisticamente significativa com um $p= 0,0206$. Conclui-se que a qualidade do serviço nas unidades do Distrito dagua esta aquém do preconizado em função do real papel e cobertura das equipes de saúde da família e que o controle da hanseníase como problema de saúde pública em Belém requer medidas adicionais de vigilância epidemiológica, além daquelas que atualmente vêm sendo utilizadas.

Palavras chaves: Hanseníase. Avaliação dos serviços. Indicadores Operacionais.

ABSTRACT

This paper describes the operational evaluation of the actions of leprosy control program in health units of Guamá administrative district from the municipality of Belém in the state of Pará. It is a quantitative ecological study in transversal type. Performed in the period from 2005 to 2010 in 12 health units as 05 health centers and 07 homes for families. Data were obtained through secondary SINAN related to 05 operational indicators used by the Ministry of Health to evaluate the program's control and data Leprosy primaries collected through interviews with health professionals and meet the ethical standards for research involving humans Resolution 196/96 CNS / MS. The results were: detection rate in the period from 22,6 to 39,7 cases per 100.000 leprosy too high according to the parameters of the MS. In the evaluation of disability at the moment of diagnosis the result found was regularly (81.3%) taking into account the total reported cases. Results showed a precarious to check the degree of incapacity of healed cases throughout study period. As the discharge healed the percentage found was above 90% in most units. It was observed that treatment dropout in units of Dagua District remained stable showing percentage below 10% in six (6) of the eleven units. It was identified that the units in Terra Firme neighborhood contributed to rising discharge percentage for dropout. In an interview realized with professional about training received the association between the variables ability to diagnose and treat leprosy and complications and/or reactions to the variables, age, professional category and length of service. It was found that the variable length of service was considered statistically significant. It concludes that the quality of service in these district units is beneath commended depending on the actual role of services and also the coverage lack of family health teams, causing the actions commended during disease monitoring treatment are not effective. It confirms that the control of leprosy as a public health problem in Dagua District in Belem requires additional surveillance measures, beyond those that are currently being used, it is important the management implementation to enable the coverage of services with skilled manpower to develop actions of promotion control and prevention of the problem.

Keywords: Leprosy. Assessment services. Operating directories

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	- Hospital de Lázaros do Tucunduba.....	19
Figura 2	- Coeficiente de detecção de hanseníase no Estado do Pará, na população geral/100.000 habitantes, segundo parâmetro de endemicidade, ano 2011.....	24
Figura 3	- Coeficiente geral de detecção de hanseníase por município – Pará.....	25
Figura 4	- Série histórica do coeficiente geral de detecção de hanseníase do Estado do Para, região Norte e Brasil, 2001 a 2010.....	27
Figura 5	- Fotos da cidade de Belém.....	41
Figura 6	- Divisão político-administrativa, Distritos de Belém.....	43
Figura 7	- Mapa da zona de jurisdição do Distrito Administrativo Guamá (Dagua).....	44
Figura 8	- Percentual dos casos notificados em hanseníase (menos erro diagnóstico) nas unidades de saúde do Distrito Dagua no município de Belém de 2005 a 2010.....	53
Figura 9	- Coeficiente de detecção anual de casos novos de hanseníase por 100.000 habitantes nas unidades de saúde do Distrito Dagua Belém – Pará 2005 a 2010.....	55
Figura 10	- Comportamento da proporção de avaliação de incapacidade no diagnóstico por unidade de saúde no Distrito Dagua Belém – Pará 2005 a 2010.....	56
Figura 11	- Percentual de altas por abandono por unidade de saúde no Distrito Dagua Belém – Pará 2005 a 2010.....	60
Figura 12	- Percentual de contatos examinados por unidade de saúde no Distrito Dagua Belém – Pará 2005 a 2010.....	62

LISTA DE TABELA

Tabela 1	- Distribuição dos casos de hanseníase (todas as entradas), nas unidades de saúde do Distrito Dagua no município de Belém de 2005 a 2010.....	51
Tabela 2	- Distribuição de números absolutos e percentual dos casos notificados em hanseníase (menos erro diagnóstico) nas unidades de saúde do Distrito Dagua no município de Belém de 2005 a 2010.....	52
Tabela 3	- Coeficiente de detecção anual de casos novos de hanseníase por 100.000 habitantes nas unidades de saúde do Distrito Dagua Belém – Pará 2005 a 2010.....	54
Tabela 4	- Proporção de casos novos de hanseníase com o grau de incapacidade física avaliado no diagnóstico no Distrito Dagua Belém – Pará 2005 a 2010.....	56
Tabela 5	- Demonstrativo da proporção e classificação de casos curados no ano com grau de incapacidade física avaliado por unidade de saúde no Distrito Dagua Belém – Pará 2005 a 2010.....	57
Tabela 6	- Percentual de altas curados por unidade de saúde no Distrito Dagua Belém – Pará 2005 a 2010.....	58
Tabela 7	- Distribuição do percentual e classificação de altas por abandono por unidade de saúde no Distrito Dagua Belém – Pará 2005 a 2010.....	59
Tabela 8	- Percentual de contatos examinados por unidade de saúde no Distrito Dagua Belém – Pará 2005 a 2010.....	61
Tabela 9	- Demonstrativo dos dados absolutos e percentual sobre participação dos profissionais em treinamento de acordo com Idade, Sexo, Categoria, Tempo de Serviço e estar apto para fazer diagnóstico de Hanseníase no Distrito Administrativo do Guamá, Belém – Para 2012.....	64
Tabela 10	- Participação dos profissionais em treinamentos sobre hanseníase (data do último treinamento, tipo de abordagem e carga horária) Distrito Administrativo do Guamá, Belém – Pará 2012.....	65
Tabela 11	- Conteúdos abordados nas capacitações em hanseníase, segurança para diagnóstico da hanseníase e responsabilidade na orientação do paciente Belém – Para 2012.....	66
Tabela 12	- Associação entre a aptidão para diagnosticar e tratar hanseníase e complicações e ou reações com as variáveis idade, categoria profissional e tempo de serviço.....	67

LISTA DE SIGLAS

BAAR	Bacilo Álcool Ácido Resistente
BCG	Bacilo de Calmette-Guérin
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CEDS	Coordenação Estadual de Dermatologia Sanitária
DTN	Doenças Tropicais Negligenciadas
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
MB	Multibacilar
MH	Mal de Hansen
MS	Ministério da Saúde
NMT	Núcleo de Medicina Tropical
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
PAC	Programa de Aceleração do Crescimento
PAVS	Programação de Ações de Vigilância em Saúde
PB	Paucibacilar
PNCH	Programa Nacional de Controle da Hanseníase
PPI	Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde
PQT	Poliquimioterapia
SESPA	Secretaria de Estado de Saúde Pública
SESMA	Secretaria de Saúde Municipal
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPA	Universidade Federal do Pará
UMS	Unidades Municipais de Saúde
UMSG	Unidade Municipal de Saúde do Guamá
USF	Unidade Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	Justificativa	15
1.2	Objetivos	17
1.2.1	Objetivo Geral	17
1.2.2	Objetivos Específicos	17
2	REVISÃO DA LITERATURA	17
2.1	A hanseníase no Brasil e no mundo	17
2.2	O Programa Nacional de Controle de Hanseníase	19
2.2.1	Os indicadores do Programa de Controle de Hanseníase.....	26
2.2.2	Tratamento com a Pólioquimioterapia (PQT/OMS).....	28
2.3	Avaliação das atividades de controle da hanseníase	31
2.3.1	Indicadores de monitoramento e avaliação.....	35
3	METODOLOGIA	39
3.1	Tipo de estudo	40
3.2	Ambiente do estudo	40
3.3	Variáveis de relevância da pesquisa e coleta dos dados	47
3.3.1	População de estudo.....	49
3.3.2	Foram excluídos.....	49
3.4	Armazenamento análise e representação dos dados	50
3.5	Aspectos éticos	50
3.6	Riscos e benefícios	51
4	RESULTADOS	51
4.1	Apresentação dos casos notificados no Distrito Dagua	51
4.2	Perfil do coeficiente de detecção nas unidades do Distrito Dagua	54
4.3	Casos de hanseníase avaliados quanto ao grau de incapacidade física no diagnóstico	56
4.4	Casos de hanseníase avaliados quanto ao grau de incapacidade física na cura	58
4.5	Casos de hanseníase que receberam altas por cura nas unidades do Distrito Dagua	59
4.6	Avaliação das altas por abandono entre os casos diagnosticados	60
4.7	Avaliação dos exames de contatos	61
4.8	Perfil dos profissionais de saúde	63

4.8.1	Identificação dos participantes da pesquisa de acordo com Idade, Sexo, Categoria e Tempo de Serviço	64
4.8.2	Participação de profissionais em capacitações nas ações de controle de hanseníase	65
5	Discussão	68
6	CONCLUSÃO	75
	REFERÊNCIAS	78
	ANEXOS	83

1 INTRODUÇÃO

Possivelmente originada na Ásia, mais especificamente Índia e China, e com relatos de doença semelhante por volta do século VI a.C., espalhada posteriormente pela Europa e demais continentes, a hanseníase é definida como uma doença crônica ocasionada pelo *Mycobacterium leprae*, infecciosa em certos casos, e comprometendo o sistema nervoso periférico, a pele e alguns outros tecidos. Vagarosa e insidiosa, sua evolução depende do grau de resistência da pessoa (JOPLING; MCDUGALL, 1991; MARGARIDO-MARCHESE; TEDESCO-MARCHESE; RIVITTI, 2004).

A hanseníase é uma doença infecciosa, de evolução crônica, alto poder incapacitante, que pode cursar com episódios reacionais agudos (MENDES, 2009).

Embora agrida todas as classes sociais, é mais frequente em classes socioeconômicas baixas, pela falta de instrução, alimentação necessária e habitação adequada. O tempo de incubação é, em média, de 2 a 7 anos, sendo a sua transmissão por meio de contato frequente e demorado com portadores da enfermidade. Seu agente causador prefere os nervos periféricos e partes com baixas temperaturas do corpo.

De acordo com Andreazzi *et al* (2007) hanseníase apresenta quatro formas clínicas, sendo elas a

hanseníase indeterminada, que é a forma inicial, evoluindo espontaneamente para a cura na maioria dos casos e para as outras formas da doença em cerca de 25% dos casos [...]. A Hanseníase tuberculóide é a forma mais benigna e localizada, ocorre em pessoas com alta resistência ao bacilo. As lesões são poucas (ou única), de limites bem definidos e um pouco elevados e com ausência de sensibilidade (dormência). [...]. A Hanseníase dimorfa é a forma intermediária que é resultado de uma imunidade também intermediária. O número de lesões é maior, formando manchas que podem atingir grandes áreas da pele, envolvendo partes da pele sadia [...]. Na Hanseníase virchowiana a imunidade é nula e o bacilo se multiplica muito, levando a um quadro mais grave, com anestesia dos pés e mãos que favorecem os traumatismos e feridas que podem causar deformidades, atrofia muscular, inchaço das pernas e surgimento de lesões elevadas na pele (nódulos).

Acomete principalmente a pele e os nervos periféricos, como dito anteriormente, mas também se manifesta como uma doença sistêmica comprometendo as articulações, os olhos, os testículos e os gânglios. O alto poder incapacitante da

hanseníase está diretamente relacionado à capacidade de penetração do *Mycobacterium leprae* na célula nervosa e seu poder imunogênico. É de grande importância para a saúde pública devido a sua magnitude e seu poder incapacitante, atingindo principalmente a faixa etária economicamente ativa (BRASIL, 2008).

A hanseníase apresenta tendência de estabilização dos coeficientes de detecção no Brasil, mas ainda em patamares muito altos nas regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste. Essa informação fortalece o esforço pelo alcance da meta do Programa de Aceleração de Crescimento (PAC) e do Mais Saúde, do Ministério da Saúde (MS) que propõem reduzir a doença em menores de 15 anos, mas se contrapõe à existência de regiões com aglomeração de casos e indícios de transmissão ativa. Essas regiões concentram 53,5% dos casos detectados em apenas 17,5% da população brasileira, residentes em extensas áreas geográficas, sede de muitas tensões, o que adiciona maior complexidade a intervenções efetivas. Determinantes sociais e históricos, associados à ocupação da Amazônia Legal e à manutenção de iniquidades sociais na região Norte e Nordeste ajudam a explicar o acúmulo de pessoas infectadas, em se tratando de doença de longo período de incubação (BRASIL, 2010).

O desenvolvimento das ações para o controle da doença é realizado através do MS e do Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH) que visam orientar a prática em serviços em todas as instancias de diferentes complexidades, de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), fortalecendo as ações de vigilância epidemiológica da hanseníase, promoção da saúde com base na educação permanente e assistência integral aos portadores deste agravo. A assistência à doença é realizada através do diagnóstico que é essencialmente clínico e epidemiológico, com uma atenção especial as crianças o qual exige exame criterioso; avaliação de incapacidade e da função neural; tratamento quimioterápico com a Polioquimioterapia (PQT) (OMS, 2010), seguimento de casos; critérios de alta; prevenção e tratamento de incapacidades; e a vigilância dos contatos são utilizadas como estratégias do MS, em todos os níveis de saúde (BRASIL, 2009).

“É importante salientar que o controle da endemia é baseado no diagnóstico precoce, tratamento oportuno de todos os casos diagnosticado até a alta por cura, prevenção de incapacidades e na vigilância dos contatos domiciliares” (BRASIL, 2009). As ações devem ser executadas em toda a rede de atenção básica do SUS e que, em

razão do potencial incapacitante da hanseníase, deve ser garantida atenção especializada em unidade de referência de média e alta complexidade sempre que necessário.

1.1 Justificativa

A meta do Brasil acordada com a Organização Mundial da Saúde (OMS) para o controle da hanseníase como problema de saúde pública para o ano de 2011, era que até o final desse ano a taxa de prevalência fossem reduzidas para < 1 doente a cada 10.000 habitantes. Segundo Brasil (2009) a cada ano são diagnosticados no país em torno de 43.000 casos novos da doença e a taxa de prevalência atual girava em torno de 4/10.000 habitantes.

No Estado do Pará o número de casos novos de 2005 a 2009 perfazia um total de 23.384 casos com uma media de coeficiente de detecção de 64,96/100.000 habitantes na população geral nos 143 municípios, considerados prioritários para o controle da hanseníase e apresentando um coeficiente de detecção de casos em menor de 15 anos de 20,99/100.000 habitantes. Coordenação Estadual de Dermatologia Sanitária (CEDS-PA) (2010).

A luta contra a hanseníase é árdua, onde os profissionais de saúde têm que trabalhar na busca de novos casos para tratamento precoce. O desafio é grande o controle da hanseníase precisa ser intensificado através de estímulo as equipes com educação permanente, realização de avaliações e monitoramento do trabalho local, e assim, dessa forma, contribuir para o aprimoramento da qualidade da assistência nos serviços públicos de atenção a saúde do cliente portador de Hanseníase (BRASIL, 2008).

Muitos municípios ou estados não trabalham de modo integrado na atenção básica com outros setores fundamentais ao cuidado da pessoa em tratamento, não garantem acesso e acessibilidade aos serviços de média e alta complexidade, e em particular àquelas portadoras de sequelas ou incapacidades que necessitam da assistência e previdência sociais. Segundo Brasil (2009) a descentralização para a atenção básica deve vir acompanhada da estruturação da rede para a oferta da atenção integral e isso exige acompanhamento contínuo pelo PNCH. Nesse sentido, é preciso aprofundar o debate e definir com clareza a linha de cuidado à pessoa acometida pela hanseníase.

A preocupação em avaliar o serviço surge durante a vivência da prática na graduação, enquanto docente, com alunos da atividade curricular semi-internato em saúde coletiva, após educação em saúde em sala de espera, foi observada uma grande demanda de sintomáticos dermatológicos, que procuravam o serviço para orientação e esclarecimentos. A demanda aumentada e vinda dos mais diversos bairros ocasionavam espera e encaminhamentos muitas vezes desnecessários não caracterizando uma operacionalização adequada conforme preconizado pelas diretrizes nacionais.

Pensando nessas situações é que surgem hipóteses sobre a operacionalização das ações prioritárias para o controle da doença como problema de saúde; entre as ações prioritárias o presente estudo investiga dentro do município de Belém como estão se comportando os indicadores dos serviços (diagnóstico, avaliação do grau de incapacidade física, tratamento específico, controle de comunicantes, acompanhamento do tratamento e alta) acredita-se que as ações não são garantidas de maneira sistematizada pela rede de serviços de saúde; tanto em âmbito de serviços, quanto ao nível municipal, estadual e nacional. E diante da importância da funcionabilidade plena e adequada do programa, observa-se a necessidade de verificar a qualidade com que este está sendo exercido em um distrito de saúde da capital do Estado do Pará.

O presente estudo faz ainda um breve relato sobre a hanseníase, assim como avaliação do Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH) no Distrito Administrativo do Guama -Dagua. Tendo seu embasamento em dados do Ministério da Saúde (MS) e demais organizações deste ministério que objetiva a contenção de tal doença. A revisão da literatura traz um estudo sobre a hanseníase na Europa, no Brasil, mais especificamente na cidade de Belém. Apresenta o PNCH, a forma de tratamento por meio do Poliquimioterápico e as possíveis dificuldades enfrentadas pelos pacientes, o que, em alguns casos, ocasiona a paralisação do tratamento. Destaca a importância do uso de indicadores, tanto para o controle como instrumento de contenção/redução da doença. Nos capítulos seguintes são apresentados a metodologia aplicada, assim como caracterização do ambiente em que se deu a pesquisa de campo, Belém do Pará, unidades de saúde do Distrito Dagua. Em seguida são apresentados os resultados e finalizando faz-se a discussão dos resultados obtidos na pesquisa.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo geral

Avaliar a qualidade da assistência prestada pelo PCH segundo critérios estabelecidos pelo MS nas unidades de saúde do Distrito do Guamá – Dagua, município de Belém – PA, de 2005 a 2010.

1.2.2 Objetivos específicos

- Identificar a proporção de cura de hanseníase entre os casos novos diagnosticados;
- Conhecer a proporção de casos novos de hanseníase com o grau de incapacidade física avaliado no diagnóstico;
- Calcular a proporção de pacientes com grau de incapacidade física avaliado na alta ;
- Verificar a proporção de contatos intra domiciliares registrados com os avaliados;
- Conhecer a proporção de casos de hanseníase em abandono de tratamento entre os casos novos diagnosticados;
- Descrever o perfil dos profissionais que atuam no programa quanto à profissão, capacitação na área e dados demográficos.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 A hanseníase no Brasil e no mundo

Na Europa, durante o século XIII existiam cerca de 19.000 leprosários que no século XVII, pelo declínio da endemia europeia, foram desativados gradualmente, prosseguindo ao longo do século XVIII e primeira metade do século XIX. Acredita-se que o declínio da hanseníase na Europa deve-se a melhoria das condições sócio-econômicas do povo europeu ao longo da Idade Moderna e Contemporânea. Porém, na África e Ásia, continuava a endemia, sendo introduzida no Novo Mundo, a partir das conquistas espanholas, portuguesas e importação de escravos africanos. No Brasil, no

século XVIII, foram construídos, abrigos e hospitais para os leprosos, nas cidades que concentravam maior número de doentes. Os primeiros casos de hanseníase no Brasil foram notificados em 1600, no Rio de Janeiro, onde anos após foi criado o primeiro leprosário. As primeiras iniciativas do Governo Colonial foram tomadas apenas dois séculos depois, por D. João V. As ações eram limitadas a construções de leprosários e à assistência precária aos doentes. Nesse período, os leprosos, como eram chamados, eram identificados como portadores do perigo e dignos de caridade e compaixão, sendo discriminados e isolados da sociedade (JUNQUEIRA, 2002).

No ano de 1935 foi criado um plano de ação mais abrangente, com extensão da assistência aos familiares das pessoas em tratamento. Em 1941, é criado o Serviço Nacional de Lepra que, no ano seguinte, realizou um censo da doença em inúmeros municípios do estado do Amazonas, Pará, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Mato Grosso, Goiás, fornecendo informações sobre a doença. Em 1970, o Serviço Nacional da Lepra foi substituído pela Divisão Nacional da Lepra. Nessa época, uma campanha iniciada no Estado de São Paulo defendia a mudança da nomenclatura lepra para hanseníase, sendo atribuído ao uso daquele termo o importante estigma associado à doença. O Brasil teve a iniciativa pioneira de substituir oficialmente o termo lepra por hanseníase (BRASIL, 2002).

A partir dos anos 20, o poder estatal adotou políticas visando à segregação desses doentes, o que estimulou o surgimento dos grandes asilos-colônia com os quais se pretendia varrer a lepra em vinte anos. Neste período as pessoas eram caçadas e internadas nos sanatórios, perdendo, inclusive, o direito à cidadania. Emílio Ribas, Oswaldo Cruz e Alfredo da Matta começaram a denunciar o descaso do combate à endemia. Vários estados já oficializavam o isolamento compulsório (FELICIANO; KOVACS, 1996).

A hanseníase causou medo à comunidade por milhares de anos, sendo difícil calcular o número de pessoas que padeceram deste mal através dos tempos, considerada desde a antiguidade uma doença contagiosa, mutilante e incurável. Estes fatores levaram a uma intensa reação da comunidade, fazendo-a temer as pessoas acometidas pela doença.

No estado do Pará destaca-se Lazarópolis do Prata, primeiro leprosário oficial, fundado em junho de 1924 pelo Dr. Souza Araujo. Ampliado em 1937 para 900 leprosos

e anos após foi construído um novo leprosário para 1.000 doentes no município de Marituba – PA.

Figura 1 – Hospital de Lázaros do Tucunduba



O município de Belém convive com a hanseníase desde o século XVIII. Destaca-se o Leprosário do Tucunduba construído em um bairro periférico da cidade, sendo o primeiro hospital de internamento compulsório do Estado do Pará. Hospital de Lázaros do Tucunduba, Belém do Pará, fundado em 1815 pela Santa Casa. Em 1938 este asilo foi extinto.

Fonte: Base Arch. COC/Fiocruzido, jun. 1921.

Nos dias atuais, a hanseníase já não é um a doença tão temível, embora ainda existam preconceitos que a envolve. As pessoas em tratamento têm um futuro muito melhor do que antes, o quadro epidemiológico da doença modificou nas últimas décadas. As pessoas são tratadas nos serviços de saúde, sendo uma forma de garantir o tratamento e acompanhamento adequado, além de melhorar e autoestima dessas pessoas (BRASIL, 2002).

2.2 O Programa Nacional de Controle de Hanseníase-PNCH

É considerada pelo MS como portadora de hanseníase a pessoa que apresenta um ou mais dos seguintes sinais cardinais e que necessita de tratamento poliquimioterapico: Lesão (ões) e ou áreas da pele com diminuição ou alteração de sensibilidade, acometimento de nervo(s) periférico com ou sem espessamento associado a alterações sensitivas e ou motores e ou autonômicas, e baciloscopia positiva de esfregaço intra-dermico (BRASIL, 2009).

A pobreza está intrinsecamente relacionada com a ocorrência de Doenças Tropicais Negligenciadas (DTN). Os principais países com os menores Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) e a maior carga de DTN estão nas regiões tropicais e subtropicais do globo terrestre. O Brasil é o 70º país no ranking do IDH e concentra nove das 10 principais doenças tropicais consideradas negligenciadas pela OMS. Hanseníase Leishmanioses, tuberculose e dengue ocorrem em quase todo o território do Brasil [...]. As regiões norte e nordeste apresentam o menor IDH e concentram o maior número das DTNs. Essas doenças são consideradas negligenciadas devido à falta de investimento no desenvolvimento de novas drogas e vacinas e também pela pouca eficácia dos programas de controle (LINDOSO; LINDOSO, 2009).

Em setembro de 2000 de acordo com a Portaria n. 1073/GM, o controle da hanseníase foi desenvolvido através de atividades de controle da doença em todas as unidades de saúde da rede básica do SUS, para que toda a população tivesse acesso a essas atividades. Assim, ficou instituída a atenção integral à pessoa em tratamento de hanseníase através de uma hierarquização de serviços: atenção básica (unidade básica de saúde), atenção secundária e atenção terciária (unidades especializadas e hospitais).

A implementação do programa é a principal diretriz para o alcance da meta de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública [...]. As atividades de controle da hanseníase devem ser implantadas em toda a rede de serviços de saúde, para que toda população tenha acesso a essas atividades. Os serviços devem estar organizados para atender os diferentes níveis de complexidade de atenção ao portador de hanseníase, de acordo com suas necessidades, respeitando as realidades locais e regionais (BRASIL, 2010).

No controle da hanseníase são estabelecidas metas e indicadores para medir a qualidade do atendimento nos serviços de saúde e monitorar os resultados das ações da Programação de Ações de Vigilância em Saúde (PAVS). Avaliando assim a qualidade da atenção e do acompanhamento dos casos novos diagnosticados até a completitude do tratamento (BRASIL, 2009).

As unidades de saúde são a porta de entrada para o indivíduo, que deve ser acolhido de acordo com sua necessidade, oferecendo um tratamento integral. O tratamento para hanseníase é realizado na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e

Unidades Municipais de Saúde (UMS), onde a pessoa em tratamento comparece mensalmente à unidade de saúde para uma consulta e recebe a dose supervisionada da PQT. Durante a consulta, o paciente deve ser acompanhado na evolução de seu tratamento, identificar se há comprometimento neural, verificar se há presença de neurites, ou reações ao tratamento, orientar sobre o auto cuidado que a pessoa deverá realizar diariamente para evitar complicações da doença. O portador de hanseníase deverá ser encaminhado à unidade de referência no caso de intercorrências que necessitem de cuidados especiais. Nesses casos o paciente é avaliado pela unidade de referência e retorna para a ESF para continuidade do tratamento, seguindo as condutas orientadas (GROSSI, 2009).

Segundo Brasil (2009) o acompanhamento do caso, visa identificar precocemente e tratar adequadamente as possíveis intercorrências e complicações da doença (efeitos colaterais dos medicamentos, os estados reacionais e as recidivas) que podem ocorrer, tanto durante o tratamento poliquimioterápico, como após o tratamento. As atribuições dos profissionais de saúde em relação às atividades de controle da hanseníase são muito amplas, uma vez que se acompanha o paciente desde a busca ativa até sua alta por cura.

Para conseguir operacionalizar o PNCH se faz necessárias inúmeras ações e medidas de controle da doença, tendo como principais atribuições técnicas dos profissionais da equipe da unidade de saúde a avaliação do estado de saúde do indivíduo incluindo a avaliação clínica dermatológica e neurológica; avaliação laboratorial para o diagnóstico da hanseníase; diagnóstico de hanseníase; classificação do grau de incapacidade física; classificação operacional; notificação do caso de hanseníase (BRASIL, 2010).

As atividades para o controle da doença compreendem a investigação epidemiológica do caso (vigilância dos contatos intradomiciliar do paciente) e demais atividades de vigilância epidemiológica da hanseníase; tratamento integral ao portador de hanseníase compreendendo a prescrição do esquema de tratamento PQT, adequado ao caso, o acompanhamento do caso de hanseníase, durante e após o tratamento PQT, a consulta mensal do paciente com avaliação clínica geral, avaliação dermatoneurológica, a administração da dose supervisionada dos medicamentos, a identificação e tratamento de pessoas com efeitos colaterais de medicamentos, com

reações hansênicas e/ ou com as demais intercorrências que podem ocorrer durante e após o tratamento PQT (BRASIL, 2010).

Aos profiissinais da saúde cabe ainda a prescrição e/ou execução de técnicas simples de prevenção de incapacidades e orientação ao doente para a realização de autocuidados adequados ao seu caso, quando necessário; o encaminhamento do paciente para ações de maior complexidade, quando necessário; a prescrição de alta por cura a pessoas que tiverem completado o número de doses dos medicamentos do esquema de tratamento PQT adotado; a realização de atividades educativas, junto às pessoas em tratamento e seus familiares; identificação e busca de pacientes faltosos e de pacientes em abandono.

Aos profissionais de saúde cabe ainda realizar não somente atividades de controle da hanseníase, como também desenvolver atividades educativas junto aos portadores e seus familiares, visando à adesão e a regularidade deste ao tratamento integral da hanseníase. Esses portadores, bem como suas famílias, devem ser informados sobre a importância do tratamento e criar oportunidades para que eles discutam seus problemas em relação à hanseníase e ao seu tratamento. A interação da equipe de saúde com a pessoa deve ser estabelecida através de um diálogo respeitoso e da troca de experiências entre pessoas que têm conhecimentos diferentes. O profissional deve compreender seus valores, opiniões, conhecimentos, seus medos e preconceitos, como ele entende a sua doença e o que faz sentido para ele (BRASIL, 2008).

A interação do paciente e seus familiares com a equipe de saúde busca participação do paciente no acompanhamento e controle de doença e, permite uma aprendizagem mútua, uma melhor adesão ao tratamento, melhorando a qualidade de vida e principalmente a prevenção para que a doença não alcance outros membros da família. Para Brasil (2007), a educação em saúde é um processo que contribui para a formação e desenvolvimento da consciência crítica das pessoas a respeito de seus problemas de saúde e estimula a busca de soluções e a organização para a ação coletiva. Em um sistema de saúde baseado na participação de profissionais de saúde, pessoas em tratamento e seus familiares, a prática educativa é parte inerente da própria ação da saúde.

No setor de saúde, segundo Vasconcelos (2001), a educação popular, que acontece por meio de políticas públicas e controle social, passou a se constituir em vários serviços, não como uma atividade a mais entre tantas outras, mas como instrumento de reorientação da globalidade de suas práticas, na medida em que dinamiza, desobstrui e fortalece a relação com a população e seus movimentos organizados.

O MS através do Programa Mais Saúde: Direito de Todos 2008 a 2011, buscou em uma perspectiva mais abrangente, aprofundar e atualizar os grandes objetivos da criação do SUS, em um contexto contemporâneo, agregando novos desafios e dimensões para que os objetivos de universalidade, equidade e integralidade pudessem se concretizar. O programa foi subdividido em sete eixos englobando a :Promoção da Saúde;Atenção à Saúde;Complexo Industrial da Saúde;Força de Trabalho em Saúde;Qualificação da Gestão; Participação e Controle Social e Cooperação Internacional.

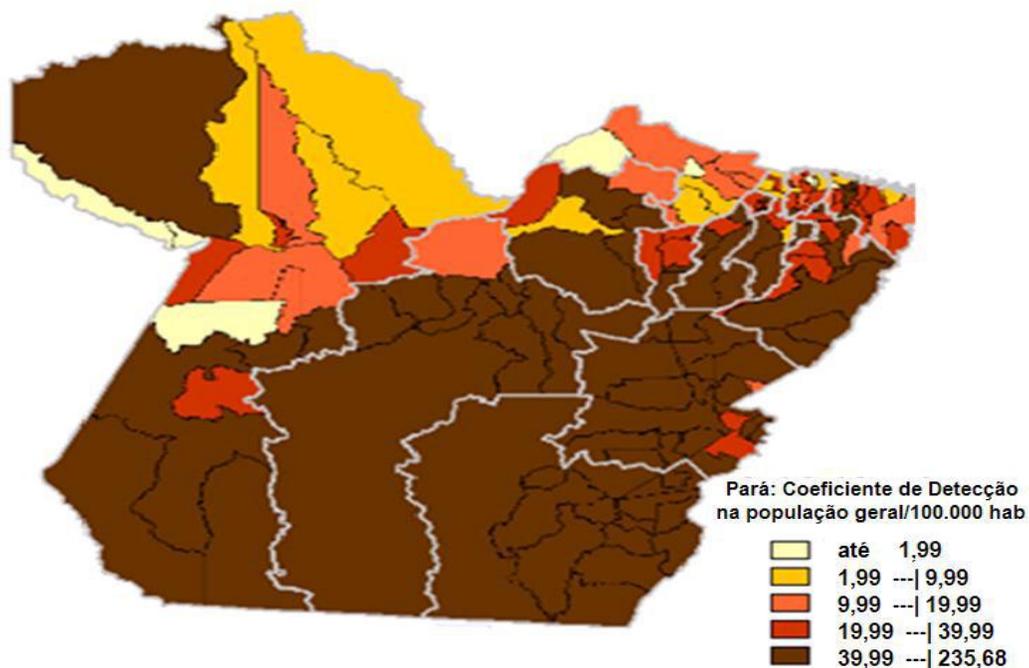
O programa partiu da premissa de que era necessária uma grande articulação do Governo Federal e deste com os estados e municípios para a Promoção da Saúde, mediante a convergência de um amplo conjunto de políticas econômicas e sociais e aquelas vinculadas à prevenção, à assistência, à produção e à inovação para os campos específicos de intervenção. No âmbito produtivo, a perspectiva adotada para o avanço do SUS requeria, de um lado, uma expressiva expansão do sistema de atenção à saúde, envolvendo a assistência básica e as ações de media e alta complexidade, entre as metas pactuadas para o controle da hanseníase estão a redução de 10% no coeficiente de detecção de casos novos em menores de 15 anos, a cura de 90% dos casos diagnosticados, exame de pelo menos 50% dos contatos domiciliares e avaliação do grau de incapacidade de 75% dos novos casos, para implementação das ações de controle da hanseníase (BRASIL, 2008).

Para avaliar os serviços e realizar medidas e tendências da doença no país foram estabelecidos dois grupos de indicadores. Os indicadores epidemiológicos e os operacionais. Os indicadores epidemiológicos, essenciais, são utilizados para medir a tendência secular da endemia, determinar o grau de importância do problema na coletividade, medir a magnitude, estimar a endemia oculta de hanseníase, e também com ele, é possível estimar a efetividade do programa. Os indicadores operacionais

permitem medir as ações de saúde executadas pela rede de saúde e a qualidade das ações de hanseníase desenvolvidas na área da saúde em todos os seus níveis. Os indicadores da qualidade das ações e serviços (operacionais) têm como parâmetros os percentuais que definem os níveis de operacionalização das ações que vai de Bom > 90%, Regular 75 a 89,9 % e Precário < 75% (BRASIL, 2009).

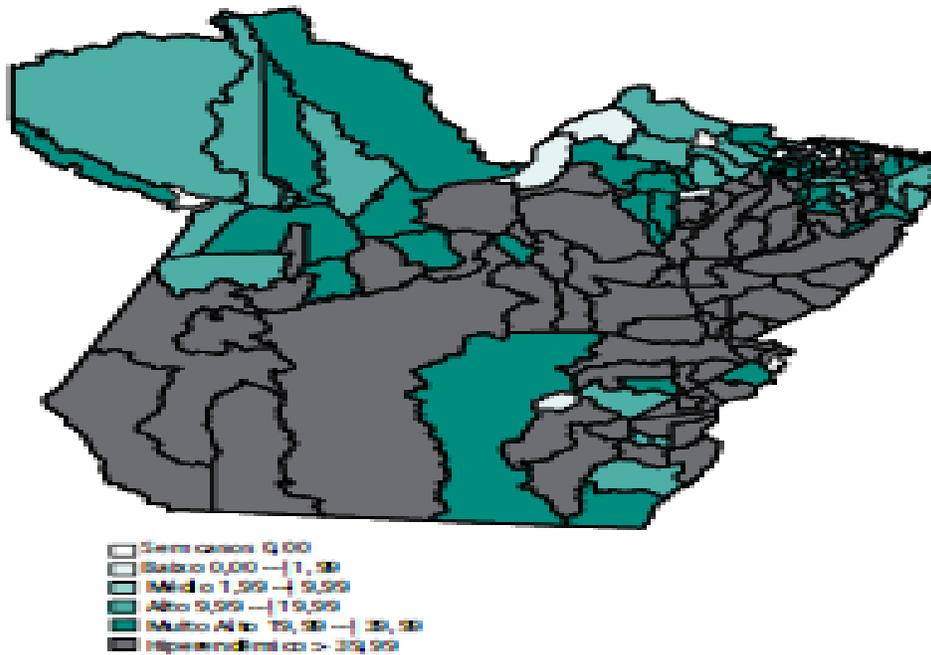
A distribuição da endemia no estado do Pará acontece de forma heterogênea, com maior concentração nas regiões sul, sudeste e metropolitana. Malcher *et al* (2009) aponta como possíveis fatores os elevados coeficientes de detecção da hanseníase, o fluxo migratório, pela atração aos polos de maior desenvolvimento e os grandes projetos de governo ocorridos como a hidrelétrica de Tucuruí e Vale do Rio Doce.

Figura 2 – Coeficiente de detecção de hanseníase no Estado do Pará, na população geral/100.000 habitantes, segundo parâmetro de endemicidade, ano 2011.



Fonte:
SINANN
ET/PA,
2012.

Figura 3 – Coeficiente geral de detecção de hanseníase por município – Pará



Fonte: SVS/MS.

A legislação vigente para o SUS o Pacto pela Saúde, institui através de um dos seus três eixos no Pacto pela Vida, o monitoramento da ação estabelecendo como uma de suas diretrizes o fortalecimento da capacidade de respostas do SUS às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, **hanseníase**, tuberculose, malária, influenza, hepatite, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). As metas do Pacto pela Saúde envolvem o controle de enfermidades e a redução da morbimortalidade por doença endêmica (BRASIL, 2008).

O PNCH, também, fez parte do Programa Mais Saúde 2008 – 2011: um direito de todos, do MS, com a meta de redução da detecção de casos novos de hanseníase em menores de 15 anos estipulada em 10% para o período. As ações para atingí-la foram voltadas principalmente à vigilância epidemiológica, fomento das ações de atenção integral às pessoas acometidas pela hanseníase, seus familiares, e estratégias para mobilização social (BRASIL, 2009).

Recentemente foi estabelecida pela OMS a Estratégia Global aprimorada para redução adicional da carga da hanseníase para o período: 2011-2015 destinada a

introduzir mudanças que incluem a necessidade de integrar as atividades de controle da hanseníase aos serviços gerais de saúde ao nível institucional e de gestão, fortalecendo a capacidade operacional dos programas de controle da hanseníase no ambiente global e no contexto em que operam os sistemas nacionais de saúde na maioria dos países endêmicos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010).

2. 2.1 Os indicadores do Programa de Controle de Hanseníase

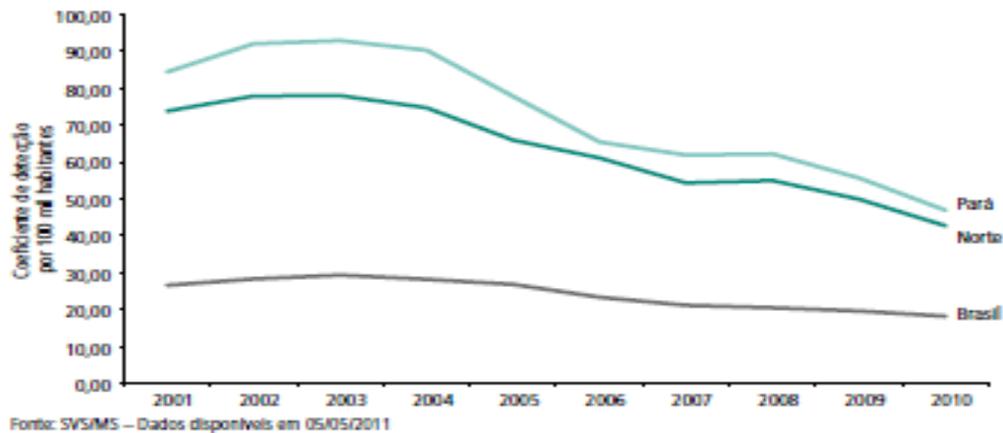
Objetivando dar parâmetro para o que ocorre em determinadas áreas da saúde, foram desenvolvidos os indicadores. Para a REDE Integral de Informação para a Saúde (2008, p. 13)

os indicadores são medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde. Vistos em conjunto, devem refletir a situação sanitária de uma população e servir para a vigilância das condições de saúde. A construção de um indicador é um processo cuja complexidade pode variar desde a simples contagem direta de casos de determinada doença, até o cálculo de proporções, razões, taxas ou índices mais sofisticados, como a esperança de vida ao nascer.

Fazendo, desta forma, possível o controle de doenças, que por meio de informações de dados válidos criam oportunidades para a assistência em saúde.

Através dos indicadores, em relação à hanseníase, os coeficientes de detecção vêm se elevando a partir da década de 60 e se mantendo elevados a partir da década de 80 quando houve expressiva ascendência do indicador superando o nível nacional e da região norte (MALCHER *et al.*, 2009). A figura 2 demonstra a espacialização da hanseníase no Estado do Pará por endemidade.

Figura 4 – Série histórica do coeficiente geral de detecção de hanseníase do Estado do Para, região Norte e Brasil, 2001 a 2010



Fonte: SVS/MS, 2011.

Espera-se que a Estratégia Global Aprimorada para redução adicional da carga da hanseníase para o período: 2011-2015 provoque mudanças de atitude e de abordagem, no sentido de assegurar de que os serviços de controle da doença tenham alta relação custo-efetividade e sejam sustentáveis durante todo o tempo em que ainda forem necessários, produzindo os seguintes resultados: redução do número de casos novos com grau 2 de incapacidade; aprimoramento da qualidade do diagnóstico e da abordagem dos casos incluindo o fornecimento contínuo de PQT gratuita para todos; acesso a serviços de qualidade através do sistema geral de saúde, apoiado por uma rede de referência eficiente e integrada; foco especial em questões de gênero e direitos humanos; fornecimento de serviços essenciais de hanseníase a grupos pouco assistidos da população, a áreas urbanas e a áreas com uma elevada carga de incapacidade; elevação do nível de consciência na comunidade, a fim de promover a demanda espontânea; aumento progressivo das atividades de prevenção de incapacidades e da reabilitação baseada na comunidade e reforço de parcerias e de esquemas de colaboração entre todos os parceiros (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010).

2.2.2 Tratamento com a Polioquimioterapia (PQT/OMS)

Com o uso de vários medicamentos quimioterápicos, o esquema de tratamento para hanseníase, realizado com a Polioquimioterapia (PQT), surge pela primeira vez por um grupo de estudos sobre a quimioterapia da OMS em 1981, iniciando uma nova era de otimismo. A recomendação foi uma novidade bem recebida por todos os países endêmicos, por organizações internacionais e não governamentais (ONG), agências doadoras e outras instituições envolvidas. A PQT foi bem aceita e tolerada pelas pessoas em tratamento, além de ser altamente efetiva, curando-as e interrompendo a cadeia de transmissão, fazendo com que seja possível a eliminação da doença.

Brasil (2008) refere que antes da descoberta do tratamento da hanseníase com a PQT, o controle da doença era feito por meio do isolamento das pessoas nos hospitais colônias, o isolamento compulsório, determinado pelas autoridades federais. Essas medidas foram tomadas para quebrar a corrente do contágio. Os doentes eram afastados dos seus familiares, dos amigos, do seu trabalho, da sua comunidade. Assim, milhares de famílias foram destruídas, filhos foram separados dos pais vivos e muitas casas foram incendiadas. Em muitos casos, os pais não queriam mais ver os seus filhos, rejeitando-os.

O isolamento compulsório das pessoas atingidas pela hanseníase era dada por uma política sanitária que, embora tenha sido tomada para evitar a transmissão da doença, ela acabou por violar os direitos humanos. Muitas pessoas isoladas, quando saíram dos hospitais-colônias, não puderam se integrar à sociedade, ou não foram recebidos pelos familiares e tiveram de voltar ao espaço onde viveram a maior parte das suas vidas. A partir da década de cinquenta, o uso da sulfona permitiu a recomendação de tratamento ambulatorial e gradualmente a implantação de medidas para combater o preconceito em relação à doença. Nos anos setenta, teve início a campanha pela mudança do nome no Brasil.

Em 1982 a OMS recomendou um novo tratamento quimioterápico para hanseníase, a poli quimioterapia (PQT), o qual foi adotado pelo MS. O uso da Poli quimioterapia (PQT) foi aconselhado a ser usado por todas as pessoas com hanseníase no mundo, porque a PQT associa drogas que têm melhor resultado, mais rapidez e menor risco de resistência ao medicamento. Com o tratamento com a PQT,

os pacientes ficaram curados e obtiveram alta, contribuindo para derrubar os muros do isolamento, mas não a barreira da discriminação (BAKIRTZIEF, 1996). Como não há prevenção primária em hanseníase, isto é, não há uma vacina contra a doença, é consenso que a poli quimioterapia constitui-se hoje como a principal estratégia para interromper a cadeia de transmissão do *Micobacterium leprae* e eliminar a hanseníase como problema de saúde pública.

O tratamento da hanseníase é fundamental para o seu controle, tenta-se com isso, interromper a transmissão da doença, curar e reabilitar a pessoa em tratamento, fisicamente e socialmente. O tratamento dos casos de hanseníase compreende o quimioterápico e o acompanhamento do caso, prevenindo incapacidades físicas do paciente. A introdução da PQT modificou o perfil da hanseníase, pois é altamente eficiente na cura da doença, previne o desenvolvimento da resistência medicamentosa, interrompe a transmissão da doença, reduz o risco de recidiva e previne o aparecimento de deformidades. A combinação medicamentosa da PQT (rifampicina, dapsona e clofazimina), previne o surgimento de resistência, mata o bacilo, tornando-o inviável, evita a evolução da doença, prevenindo as incapacidades e deformidades causadas por ela, levando à cura. O bacilo morto é incapaz de infectar outras pessoas, rompendo a cadeia epidemiológica da doença. Assim, logo no início do tratamento, a transmissão da doença é interrompida, e sendo realizado de forma completa e correto, garante a cura da doença (BRASIL, 2002).

Quadro 1 – Tratamento poliquimioterápico – PQT/OMS

O tratamento da hanseníase é ambulatorial utilizando os esquemas terapêuticos padronizados:

FAIXA	CARTELA PB	CARTELA MB
Adulto	Rifampicina (RFM): cápsula de 300mg (2)	Rifampicina (RFM): cápsula de 300mg (2)
	Dapsona (DDS): comprimido de 100mg (28)	Dapsona (DDS): comprimido de 100mg (28)
	-	Clofazimina (CFZ): cápsula de 100mg (3) e cápsula de 50mg (27)
Criança	Rifampicina (RFM): cápsula de 150mg (1) e cápsula de 300mg (1)	Rifampicina (RFM): cápsula de 150mg (1) e cápsula de 300mg (1)
	Dapsona (DDS): comprimido de 50mg (28)	Dapsona (DDS): comprimido de 50mg (28)
		Clofazimina (CFZ): cápsula de 50mg (16)

Fonte: Brasil (2009).

É importante ressaltar que a gravidez e o aleitamento não contraindicam o tratamento PQT, porém em mulheres na idade reprodutiva, deve-se atentar ao fato que a rifampicina pode interagir com anticoncepcionais orais, diminuindo a sua ação.

Os esquemas terapêuticos deverão ser utilizados de acordo com a classificação operacional: Paucibacilar (PB) – 6 cartelas ou Multibacilar (MB): 12 cartelas outro aspecto importante no tratamento que precisa ser observado diz respeito a crianças ou adulto com peso inferior a 30 kg, deve-se ajustar a dose de acordo com o peso: na dose mensal a orientação é utilizar Rifampicina (RFM)10 a 20mg/kg, dapsona (DDS)- 1,5mg/kg e a Clofazimina (CFZ) 5mg/kg, na dose diaria sera utilizada a 1,5 mg/kg, de (DDS) e 1mg/kg de (CFZ) (BRASIL, 2009).

Nos casos de hanseníase neural pura, o tratamento com PQT dependerá da classificação (PB ou MB), conforme avaliação do centro de referência, além disso, faz-se o tratamento adequado do dano neural. Os pacientes deverão ser orientados para retorno imediato à unidade de saúde em caso de aparecimento de lesões de pele e/ou de dores nos trajetos dos nervos periféricos e/ou piora da função sensitiva e/ou motora, mesmo após a alta por cura.

A classificação operacional do caso de hanseníase, visando o tratamento com polioquimioterapia é baseado no número de lesões cutâneas baseada em critérios, sendo que a PB refere-se a casos com até cinco lesões de pele e a MB casos com mais de cinco leões de pele. Além desses critérios utiliza-se o esfregaço intradérmico (baciloscopia de pele), quando disponível, deve ser utilizado como exame complementar para classificação dos casos PB ou MB. A baciloscopia positiva classifica o caso como MB, independente do número de lesões e o resultado negativo da baciloscopia não exclui o diagnóstico de hanseníase (BRASIL, 2009). Os efeitos adversos às medicações que compõem a PQT não são frequentes e em geral são bem tolerados. Mais de 25 milhões de pessoas já utilizaram a PQT nos últimos 25 anos. Nos casos suspeitos de efeitos adversos às drogas da PQT deve-se suspender temporariamente o esquema terapêutico, com imediato encaminhamento do (a) paciente para avaliação em unidades de saúde de média ou alta complexidade, com apoio de exames laboratoriais complementares e prescrição da conduta adequada. Em caso de intolerâncias as drogas da PQT o MS recomenda Esquemas Terapêuticos Alternativos que serão inuídos nas referências após avaliação com especialistas.

A regularidade do tratamento é necessária e as recomendações da OMS (2010) a respeito de uma pessoa que não comparece regularmente ao serviço para tratamento são para que todo esforço seja feito para persuadir pacientes recém diagnosticados a completarem seu tratamento conforme prescrito sendo importante discutir a necessidade do comparecimento ao serviço. Se houver qualquer dificuldade, é preciso encontrar formas viáveis para facilitar a ida do paciente ao serviço de saúde.

Então quando uma pessoa interrompe o tratamento (*defauter*) e retorna ao serviço depois de interromper o tratamento, apesar de ser necessário fazer todo o esforço possível para garantir que os pacientes PB completem seu esquema de tratamento em seis meses e os pacientes MB em 12 meses, o esquema de tratamento da hanseníase PB deverá ser concluído num período máximo de nove meses. Da mesma forma, o esquema de tratamento para a hanseníase MB deverá ser concluído num período máximo de 18 meses. Um indivíduo que interrompeu o tratamento é aquele que não completa o tratamento dentro do período máximo de tempo permitido.

2.3 Avaliações das atividades de controle da hanseníase

Para responder ao objetivo geral do estudo se faz necessário entender o processo de avaliação. Segundo Silva (2005) uma avaliação somativa pode ser multicêntrica, ou ainda pode empregar diferentes tipos de estudos. Para se comparar até que ponto uma determinada intervenção atingiu os objetivos pretendidos ou desejáveis. Pode ser aplicado um sistema de auditoria a um serviço, um programa, um projeto, uma política, um plano ou a qualquer outra atividade organizada, que permita a comparação do desempenho dos sistemas e serviços de saúde, tomando como referência os princípios e diretrizes organizativas do SUS, as responsabilidades e aos papéis atribuídos aos entes governamentais. A avaliação deve ser realizada a partir de duas dimensões complementares entre si: a dimensão social (ênfase na política de Estado, suas estratégias sociais e suas repercussões e impactos na sociedade) e dimensão sistêmica (ênfase nas respostas dos sistemas e serviços, em suas estratégias programáticas com relação a determinadas necessidades e demandas de saúde desenvolvidas através de Política de Qualificação da Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde – Quali SUS, que consiste em um conjunto de ações voltadas

à melhoria da qualidade da assistência à saúde prestada à população, objetivando maior resolubilidade, satisfação do usuário e legitimação da política de Saúde desenvolvida no Brasil.

Aguilar e Ander-Egg (1994) mostram que a necessidade de elaboração de modelos e métodos científicos para avaliar programas e assim auxiliar os governos na melhoria da qualidade de seus serviços surgiu nas décadas de 80 e 90. Os resultados das intervenções até então realizadas eram pouco avaliadas tanto quantitativas como qualitativamente. Não era uma prática comum analisar a correlação existente entre o grau de implantação de uma intervenção ou programa e os efeitos observados.

A avaliação de implantação tem como propósito medir a influência da variação no grau da implantação de um programa ou intervenção nos seus efeitos e a avaliação de resultados busca os resultados alcançados pelo programa em relação aos objetivos propostos e aos resultados esperados (CONTANDRIOPOULOS, 1997).

No setor saúde cada vez mais se identifica a necessidade de incorporar o maior número de métodos de avaliação que permitam estudar os resultados do conjunto de ações programáticas empregadas nos controle e erradicação das doenças. Os resultados das intervenções até então realizadas eram pouco avaliadas tanto quantitativas como qualitativamente. Não era uma prática comum analisar a correlação existente entre o grau de implantação de uma intervenção ou programa e os efeitos observados.(MOREIRA, 2002)

Medina (2005) refere que a necessidade de avaliar os programas públicos logo após a Segunda Guerra Mundial levou a criação de novos métodos de avaliação.No final da década de 1950 a avaliação estava sendo exercida tanto pelos países do primeiro mundo como pelos menos desenvolvidos e durante os anos 60 ocorreu a expansão das atividades de avaliação de programas, financiada pelo governo federal americano ,ocorrendo a elaboração de métodos com aplicação nas áreas da saúde e educação social, na tentativa de otimizar com eficácia a utilização dos recursos financeiros, naquela ocasião priorizada.

A discussão desencadeada por políticos conservadores, financiadores e pela população em geral sobre a validade de aplicação de recursos em programas sociais, reorientou a partir de 1970 o foco da avaliação destes programas para sua efetividade. Desde então a avaliação passou a fazer parte do planejamento e gerenciamento de

programas sociais nos países industrializados, com ênfase na comprovação da efetividade e da responsabilidade fiscal (AGUILAR; ANDER-EGG, 1994).

Hoje a avaliação vem sendo vista numa perspectiva interdisciplinar, onde novas metodologias estão sendo desenvolvidas com o objetivo não apenas de demonstrar a efetividade e os resultados de uma intervenção, mas de melhorar a qualidade dos serviços para atender às necessidades do mercado e da estrutura pública mundial como mostra Silva (2005). O desenvolvimento de novas metodologias de avaliação com abordagens que contemplem as diversas áreas das ciências da saúde, humanas e sociais, subsidia o avaliador na tomada de decisões. A avaliação de serviços de saúde é uma área já consolidada em suas várias linhas de abordagens. De acordo com o Medina (2005) a utilização de indicadores de avaliação econômica, tecnológica e de qualidade da atenção em saúde (acesso, utilização, cobertura, eficácia, satisfação do usuário, objetivos, estrutura, processos, resultados, entre outros) é hoje reconhecida e amplamente divulgada. Este campo de conhecimento denominado "avaliação de serviços", apesar de dispor de várias linhas de pesquisa, tem suas matrizes teóricas oriundas de outras áreas do conhecimento. Como afirmam (AGUILAR; ANDER-EGG, 1994).

Nos últimos anos o Brasil tem mostrado evolução quanto ao interesse pelas avaliações de programas, passando a fazer parte das preocupações dos gestores do setor público, ainda que seus resultados tenham pouca influência nos processos de decisão. No campo da assistência hospitalar, a avaliação de serviços é área de extrema relevância, já que viabiliza escolhas de planejamento e possibilita um controle técnico e social dos serviços prestados à sociedade. Os parâmetros de cobertura assistencial do SUS destinam-se a orientar os gestores no aperfeiçoamento da gestão deste sistema, oferecendo subsídios para analisar a necessidade da oferta de serviços assistenciais à população e auxiliar na elaboração do Planejamento e da Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde (PPI) e auxilia no acompanhamento, controle, avaliação e auditoria dos serviços de saúde prestados no âmbito do SUS (BRASIL, 2002).

Para que se conheça a capacidade do serviço é preciso que se tenha definidos quais os serviços precisam ser avaliados e assim identificar como está o nível de cobertura dos serviços. Os parâmetros assistenciais, internacionalmente reconhecidos,

inclusive os baseados em dados da OMS e da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), são utilizados para avaliar a cobertura e produtividade assistencial nos países em desenvolvimento, entre eles destaca-se as estatísticas de atendimento prestado aos usuários do SUS, as incidências nacionais por especialidade, dos últimos três anos. E ainda, o número de internações hospitalares, de consultas médicas, odontológicas, de enfermagem e outras de serviços complementares, inclusive de diagnose e terapia, com base em estudos e pareceres de especialistas. Os parâmetros assistenciais desenvolvidos e praticados em vários estados da federação, estudos do MS, realizados com a participação de técnicos dos demais níveis de gestão do SUS e de várias instituições de saúde do país (BRASIL, 2002).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (1995), o princípio básico do controle da hanseníase baseia-se na detecção oportuna de novos casos e o tratamento com quimioterapia eficaz, em forma de poliquimioterapia (PQT), que não mudará nos próximos anos. O enfoque continuará sendo a provisão de atenção de qualidade aos pacientes, atenção que deve ser equitativamente distribuída, financeiramente exequível e facilmente acessível. Não há, por enquanto, ferramentas técnicas ou informações novas que justifiquem qualquer mudança drástica na estratégia de controle da hanseníase.

Faz-se premente, entretanto, implementar mudanças decisivas na organização do controle da hanseníase, na atitude dos profissionais e beneficiários de atenção à saúde e em acordo entre os parceiros.

Os principais elementos da estratégia são os seguintes:

- sustentar as atividades de controle da hanseníase em todos os países endêmicos;
- usar a detecção de casos como principal indicador para monitorar o progresso;
- assegurar diagnóstico de qualidade, gestão de casos, registro e notificação em todas as comunidades endêmicas;
- fortalecer os serviços rotineiros e de encaminhamento;
- descontinuar a abordagem baseada em campanhas;
- desenvolver ferramentas e procedimentos baseados na atenção domiciliar/comunitária, integrados e localmente apropriados para a

prevenção de incapacidades/deficiências e para a provisão de serviços de reabilitação;

- promover pesquisa operacional a fim de melhorar a implementação de uma estratégia sustentável;
- incentivar o apoio mútuo dos parceiros, em todos os níveis.

Recentemente o ministro da saúde, José Gomes Temporão, comemorou a decisão da OMS de recomendar aos países que registram casos de hanseníase, dois indicadores brasileiros como prioritários para o controle da doença os indicadores são a proporção de jovens abaixo de 15 anos entre os novos casos diagnosticados e os registros de pacientes com alto grau de incapacidade provocada pela enfermidade, como deformações no corpo. Com a recomendação da OMS, esses indicadores passam a ser importantes para controlar a doença em outros lugares do mundo, como já é feito no Brasil.

O conceito de redes de atenção à saúde refere-se à organização horizontal de serviços de saúde, com o centro de comunicação na atenção primária à saúde, que permite prestar assistência contínua a uma determinada população, no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa, que se responsabiliza pelos resultados sanitários e econômicos relativos a esta população (MENDES, 2009).

2.3.1 Indicadores de monitoramento e avaliação

O MS, através da Portaria 125/SVS/SAS – Março de 2009, estabelece que o monitoramento e o controle da hanseníase devem ser realizados por todos os serviços do SUS, levando em consideração dois eixos com diversos indicadores descritos a seguir:

Da força de morbididade, da magnitude da hanseníase e perfil epidemiológico

Tendo como prioridade os seguintes indicadores.

- Coeficiente de detecção anual de casos novos de hanseníase por 100.000 habitantes;

- Coeficiente de detecção anual de casos novos de hanseníase na população de 0 a 14 anos por 100.000 habitantes;
 - Proporção de casos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico, entre os casos novos detectados e avaliados no ano;
 - Coeficiente anual de prevalência de hanseníase por 10.000 habitantes;
 - Proporção de casos de hanseníase curados com grau dois de incapacidade física dentre os casos avaliados no momento da alta por cura no ano (1).
- Da qualidade das ações e serviços (indicadores operacionais) objeto de estudo da pesquisa que envolve cinco indicadores
 - Proporção de cura de hanseníase entre os casos novos diagnosticados no ano da pesquisa;
 - Proporção de casos novos de hanseníase com o grau de incapacidade física avaliado no diagnóstico;
 - Proporção de casos curados no ano com grau de incapacidade física avaliado;
 - Proporção de examinados entre os contatos intra domiciliares registrados dos casos novos de hanseníase no ano;
 - Proporção de casos de hanseníase em abandono de tratamento entre os casos novos diagnosticados nos anos da coorte.

Hoje, as avaliações do controle da hanseníase ainda são efetuadas exclusivamente a partir de uma única fonte de dado: a ficha de notificação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). A compilação destes dados é realizada no nível municipal e/ou estadual. Tradicionalmente, o nível local é o gerador de informações embora não realizem as análises e não se apropriem dos resultados obtidos. Quando os dados são consolidados e analisados no nível estadual e/ou federal, os seus resultados dificilmente retornam ao nível municipal (ANDRADE, 1996).

Os dados de caracterização e acompanhamento dos casos são registrados na ficha de notificação/investigação do SINAN, respectivamente, e subsidiam a construção dos indicadores essenciais recomendados pelo Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI) e pela Coordenação Nacional do Programa de Hanseníase/MS/Brasil. Estes indicadores estão agrupados em dois grandes grupos: indicadores epidemiológicos e indicadores operacionais.

O grupo de indicadores epidemiológicos é formado por um conjunto de cinco indicadores:

1. Coeficiente de detecção anual de casos novos, por dez mil habitantes;
2. Coeficiente de detecção anual de casos novos na população de 0 – 14 anos por dez mil habitantes;
3. Coeficiente de prevalência por dez mil habitantes;
4. Percentagem de casos com incapacidades físicas entre os casos novos detectados e avaliados no ano;
5. Percentagem de curados no ano com incapacidades físicas, considerados como essenciais para a descrição resumida da endemia.

Com relação ao grupo de indicadores operacionais, dez indicadores compõem este grupo:

1. Percentagem de casos novos diagnosticados no ano que iniciaram poliquimioterapia padrão OMS;
2. Percentagem de casos novos diagnosticados no ano com grau de incapacidade física avaliada;
3. Percentagem de cura entre casos novos diagnosticados nos anos das coortes;
4. Percentagem de casos curados no ano com grau de incapacidade física avaliada;
5. Percentagem de abandono de tratamento entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes;
6. Percentagem de abandono do tratamento na prevalência do período;
7. Percentagem de examinados entre os contatos intradomiciliares de casos novos diagnosticados no ano;
8. Proporção de municípios com ações de controle implantadas;

9. Proporção da população coberta pelas ações de controle;
10. Proporção de unidades de saúde da rede básica que desenvolvem as ações de controle.

Os indicadores epidemiológicos essenciais são utilizados para medir a tendência secular da endemia e determinar o grau de importância do problema na coletividade, medir a magnitude e estimar a endemia oculta de hanseníase. Também é possível estimar a efetividade do programa.

Os operacionais permitem medir as ações de saúde executadas pela rede de saúde e a qualidade das ações de hanseníase desenvolvidas na área da saúde em todos os seus níveis. Os dados para a construção destes indicadores são em sua grande maioria também são provenientes do SINAN, com exceção dos indicadores: percentagem de examinados entre os contatos intra domiciliares de casos novos diagnosticados no ano, proporção de municípios com ações de controle implantadas, proporção da população coberta pelas ações de controle e proporção de unidades de saúde da rede básica que desenvolvem ações de controle (BRASIL, 2000).

Os indicadores coeficiente de prevalência e coeficiente de detecção de casos novos são construídos em sua grande maioria a partir do SINAN. Outros indicadores epidemiológicos e operacionais vêm sendo usados na avaliação e no monitoramento das ações do Programa de Controle da Hanseníase no Brasil. Até 1998, utilizaram-se os 13 indicadores epidemiológicos e operacionais do Controle da Hanseníase na análise do comportamento epidemiológico da endemia no país. A estrutura dos dados até aquele período não permitia a distinção de diferentes áreas do país, nem tão pouco identificava as áreas diferenciadas de risco. Desta forma as diretrizes eram traçadas de modo uniforme para todo o país, não incluindo aspectos singulares e potencialidades locais para o desenho e execução das atividades de eliminação (ANDRADE, 1996).

A partir de 1998, o MS adota, os instrumentos do SINAN como fonte exclusiva e oficial de dados para avaliação e o acompanhamento das ações do Programa de

Controle da Hanseníase. A ênfase é dada à efetividade do tratamento e ao monitoramento da prevalência da doença.

A fragilidade das informações advindas do SINAN, atualmente não permite uma análise criteriosa e detalhada dos dados referentes à hanseníase no Brasil. O mesmo cenário é também observado para as demais doenças de notificação compulsória, que dependem do nível local para alimentação deste sistema de informação. Na hanseníase esta situação é agravada pela cronicidade da doença, que necessita do acompanhamento dos casos, em algumas situações de períodos de até 36 meses. Para o conhecimento da magnitude da doença é preciso que os municípios implantem um sistema de acompanhamento e monitoramento da alimentação do sistema pelo nível local.

Na Região Norte o problema ainda apresenta-se em considerável expansão, sendo o Pará o 5º estado mais endêmico do Brasil e o primeiro em números absolutos de casos novos detectados nos últimos cinco anos, portanto, um dos mais importantes epidemiologicamente para o Brasil; os municípios de Redenção, Belém, entre outros, destacaram-se pela estatística de pacientes por residência, faixa etária o padrão segundo o estado no período de agosto/2003 (MS/ATDS/SINAN).

Segundo o controle da Secretária Estadual de Saúde (SESPA) a prevalência da hanseníase caiu em mais de 60% nos últimos dez anos, em 2001 para cada 12.42 hab./1000 e 87.85% dos casos registrados no estado estão no Sul, Sudeste e Oeste do Pará segundo a pesquisa manteve-se estável até o ano de 2002.

3. METODOLOGIA

No desenvolvimento do trabalho, fez-se o uso de pesquisas bibliográficas em livros, artigos de periódicos, legislação ligada à área da saúde, sites na Internet que deram base ao trabalho. A pesquisa de campo também foi usada para conhecer a área estudada e dar subsídio ao que se propôs estudar e discutir neste trabalho.

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo quantitativo ecológico do tipo transversal, no Distrito Dagua cujas unidades observacionais são os bairros.

3.2 Ambiente de estudo

O município de Belém está localizado na Região Norte do Brasil no Estado Pará tem como coordenadas geográficas, segundo a Regionalização do IBGE, Latitude: 01° 27' 21" S ; Longitude: 48° 30' 16" W possui Altitude: 10m e uma Área: 1070,1 Km².

Adjetivos com *Metrópole da Amazônia*, *Cidade das mangueiras* fazem de Belém uma cidade de destaque na região amazônica. Objetivando criar uma defesa de território, foi fundado em 12 de janeiro de 1616 o Forte do Castelo de Senhor Santo Cristo do Presépio de Belém, hoje o Forte do Castelo. Este ambiente, que inicialmente chamou-se Feliz Lusitânea posteriormente Santa Maria do Grão Pará, Santa Maria de Belém do Grão Pará, tornou-se o núcleo para o nascimento de Belém do Pará.

Cercada por rios e com chuvas frequentes, Belém fica localizada na região norte do Brasil, possuindo clima quente e úmido. Maia (2006) destaca que

situada as margens da Baía do Guajará, pertencente à bacia hidrográfica do grande desaguadora e foz do rio Amazonas, Belém, que era originalmente habitada pelos índios Tupinambás se tornou uma das mais importantes e estratégicas do ponto de vista econômico, cultural e de controle do poder no período colonial.

Diversos autores destacam que no período do auge da borracha as instituições públicas e privadas tomaram os espaços urbanos e o crescimento populacional trouxe uma forma desordenada da distribuição causada pela falta de espaço que Belém precisou para se desenvolver empurrando parte da população para as áreas alagadiças, as grandes aglomerações foram cada vez mais presentes e junto com o clima quente e úmido favoreceram a presença de várias doenças, bem como vários outros problemas sociais, causando assim a falta de assistência básica e criando um ambiente propício para a proliferação de enfermidades. Farias (2012, p. 34-35) acentua que

os problemas causados pela periferização recaem com maior intensidade nos municípios mais afastados do núcleo principal da área metropolitana, em que a arrecadação fiscal é mais reduzida, o que compromete os investimentos sociais e em infraestrutura urbana, resultando na formação de assentamentos precários de grandes dimensões nesses municípios.

Belém é formada por um total de 68 bairros, divididos em 8 distritos administrativos. O presente trabalho concentra-se na área do Distrito Dagua formada pelos bairros de Canudos, Montese (Terra Firme) e parte dos bairros do Jurunas, Batista Campos, Cidade Velha, Cremação, Guamá, São Brás, Marco e Curió-Utinga (BELÉM, 2012). Sendo que as unidades de saúde que serviram de base para a pesquisa estão nos bairros do Guamá, da Terra Firme, do Condor, da Cremação e do Jurunas.

Figura 5 – Fotos da Cidade de Belém



A rede de serviços de saúde da atenção básica do município de Belém é composta por 28 unidades municipais de saúde, 52 unidades de saúde da família e 102 equipes de saúde da Família cadastradas. A população cadastrada é de 358.258 pessoas e o número de família cadastrada é de 89.564 ate 2008 SESMA (2008). Se for levado em consideração a população de

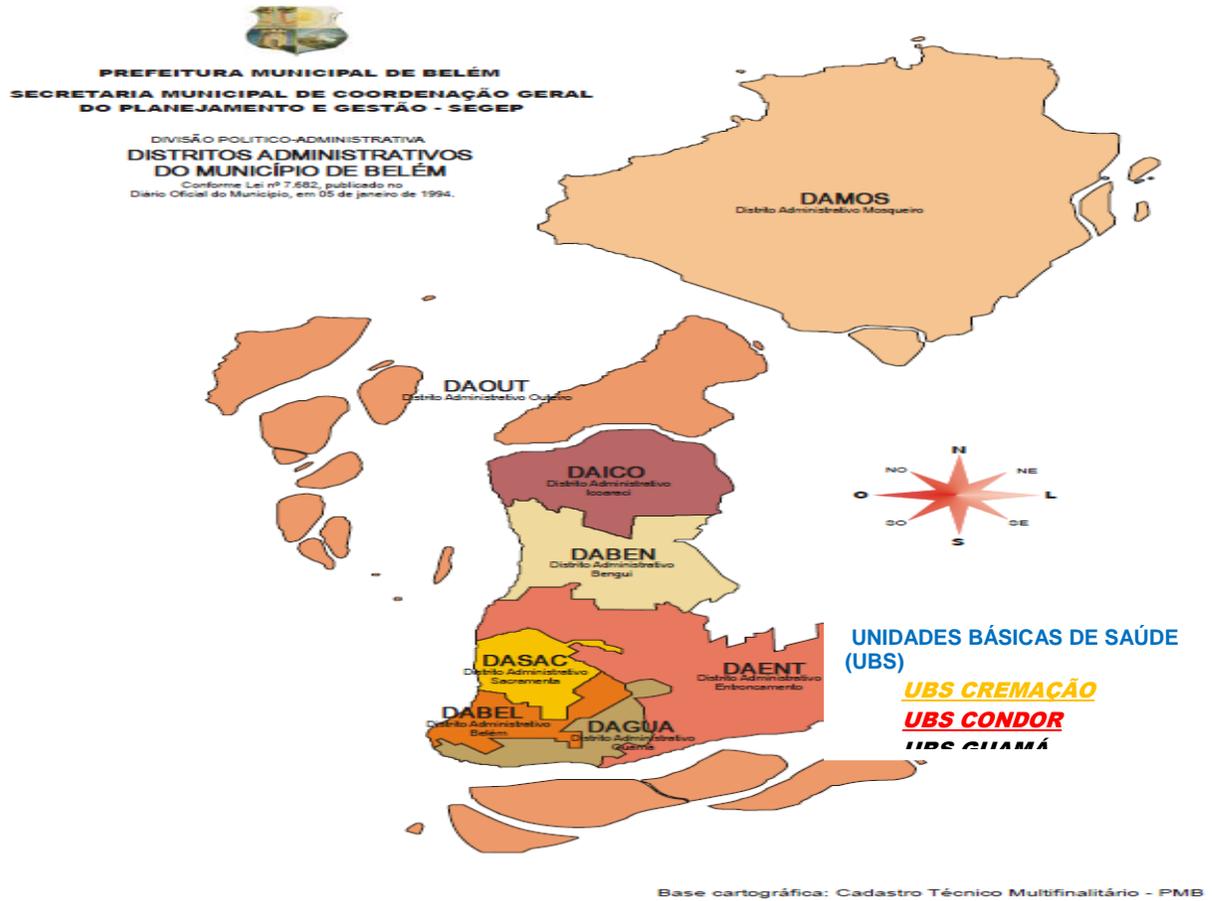
Belém que é de 1.437.600 habitantes segundo est. IBGE/2009 e as diretrizes para a implantação de saúde da Família o município tem uma cobertura de 31,875% considerando o parâmetro máximo para atendimento de uma equipe para 4.500 pessoas (BRASIL, 2006; BRASIL, 2008).

Quadro 2 – Rede básica de saúde do município de Belém/Distritos de saúde

Distrito de Saúde	População geral 2008	Unidade de Saúde da Família/USF 2008	População cadastrada nas USF 2008	Nº de família cadastrada nas USF 2008	População idosa cadastrada nas USF 2008	UMS	UBS
DAICO	153.247	7 USF 13 Equipes	36.434	9.108	2.287	Icoaraci e Maguari	-----
DAMOS	32.106	6 USF 10 Equipes	22.849	5.712	2.013	Baia do Sol, Mara cajá e Carananduba	-----
DAOUT	30.183	4 USF 5 Equipes	13.465	3.366	1.183	Outeiro e Cotijuba	-----
DASAC	287.009	12 USF 27 Equipes	100.500	25.125	9.572	Sacramenta, Vila da Barca, Fátima, Telegrafo, paraíso dos pássaros	Pedreira
DABEN	273.123	11 USF 24 Equipes	73.081	18.270	4.782	Tapanã, Satélite, Bengui 11, Pratinha, Cabanagem e Sideral	-----
DAGUA	402.294	7 USF 15 Equipes	79.880	19.970	7.303	Condor, Terra Firme, Cremação, Guamá e Jurunas	-----
DAENT	134.154	5 USF 11 Equipes	32.049	8.012	2.504	Águas Lindas, Curió, Marambaia, Providencia e Tavares Bastos	-----
DABEL	132.669	-----	-----	-----	-----	-----	-----
TOTAL	1.424.124	52 USF 105 Equipes	358.258	89.564	29.965	28	01

Fonte: SESMA, 2008.

Figura 6 – Divisão político-administrativa, Distritos de Belém



Fonte: Plano Diretor Municipal.

Para desenvolver a pesquisa optou-se pelo Distrito Dagua, no município de Belém por ser o mais populoso e localizado em área de alta densidade populacional 402.294 hab (IBGE, 2005). O Distrito Dagua é composto por 5 (cinco) unidades municipais de saúde: Guamá, Terra Firme, Condor, Cremação, Jurunas, como dito anteriormente, e 7 unidades de saúde da Família com 15 equipes cadastradas segundo coordenação municipal de dermatologia do município. Os serviços estão localizadas em bairros periféricos, conforme descrito a seguir, onde a busca pelo atendimento é altamente significativo considerando a cobertura para o atendimento das equipes de saúde.

Unidade Municipal de Saúde Jurunas

Atendimento médico com clínico geral, pediatra, ginecologista, psicóloga, nutricionista, assistente social, odontólogo. A unidade conta com o Programa de Pré-natal, Hiper Dia, Planejamento Familiar, Tabagismo, Saúde Mental e Programa do Idoso. Solicitação de exames de tuberculose e hanseníase e Sala Vacinação.

Ambulatório: Segunda à sexta: de 08h às 18h.

End: Rua Fernando Guilhon, entre Bernardo Sayão e Breves. s/nº, ao lado da Passagem Jacó.

Bairro: Jurunas.

Atendimento: Urgência e Emergência, 24 horas

Fone:3272-4848

Unidade Municipal de Saúde Terra Firme

Atendimento médico com médico clínico geral, pediatria, ginecologistas, nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo, assistente social e odontólogo. Realização de exames de Tuberculose e Hanseníase. Atende o programa Hiper Dia, voltado para pessoas com diabetes, hipertensão e gestantes. Pré-natal, Programa de Aleitamento Materno (Pró-Ame), Planejamento Familiar, Saúde mental e sala de vacinação. Atendimento Ambulatorial: Segunda à sexta, de 07 h às 18 h. Endereço: Passagem São João, nº 170 entre Passagem Liberdade e São Domingos, próximo a Praça Amazonas. Bairro: Terra Firme Fone: 3274-9035/ 3253-0672

Unidade Municipal de Saúde Cremação

Atendimento médico com clínico geral, odontologistas, pediatras, ginecologistas e nutricionistas. A unidade conta com o Programa de Aleitamento Materno (Pró-Ame), Hiper Dia, Pré-natal, Realização de exame de tuberculose e hanseníase, Saúde mental, Tabagismo, Planejamento Familiar e Sala de vacinação.

Ambulatório: Segunda à sexta, de 07 h às 18 h.

Endereço: Avenida Alcindo Cacela s/nº, com rua São Miguel, em frente a Praça Adalcídio Jurandir. Bairro: Cremação

Fone: 3229-0079 / 3229-3779

Unidade Municipal de Saúde Condor

Atendimento médico como clínico geral, pediatra, ginecologista, dermatologista, nutricionista, psicólogo e odontólogo.

A unidade conta com o Programa do Hipertensão e Diabetes, Realização de exame para diagnóstico e acompanhamento de tuberculose e hanseníase, Teste do pezinho, Pré-natal, Planejamento Familiar e Sala de vacinação.

Ambulatório: Segunda à sexta, de 07 às 18 h.

End: Rua Lauro Malcher nº278, entre Travessa Apinagés e Travessa Padre Eutíquio. Bairro: Condor

Fone: 3272-8815.

O município de Belém, prioritário para o monitoramento das ações do controle da hanseníase é considerado hiperendêmico, pois teve coeficiente de detecção de 1,52 / 10mil habitantes em menores de 15 anos em 2007 . Para o MS (2010) os critérios para o monitoramento são municípios com população na faixa etária de 0 a 14 anos, maior que 10.000 habitantes, com coeficiente de detecção de casos de hanseníase em menores de 15 anos, nos níveis endêmicos: hiperendêmico, muito alto e alto. Parâmetros nacionais: hiperendêmico: $\geq 1,0$ / 10.000 habitantes, Muito alto: $<1,0$ e $> 0,5$ / 10.000 habitantes, Alto: $<0,5$ e $> 0,25$ / 10.000 habitantes, Médio: $<0,25$ e $> 0,05$ / 10.000 habitantes e Baixo: $< 0,005$ / 10.000 habitantes. E na população em geral são considerados os parâmetros como Hiperendêmico: $> 40,00/100.000$ hab. Muito Alto: 20,00 a 39,99/100.000 hab. Alto: 10,00 a 19,99 /100.000 hab. Médio: 2,00 a 9,99 /100.000 hab. Baixo: $< 2,00/100.000$ hab.

As unidades básicas de saúde do município de Belém desenvolvem serviços e programas preconizados pelo MS entre os quais o Controle de Doenças Transmissíveis (Hanseníase, Tuberculose DST e AIDS a exemplo dos outros programas são realizadas consultas com a equipe multiprofissional médicos, enfermeiros, nutricionistas,

psicólogos, etc.). O serviço faz articulação com outros níveis de atendimento através da central de marcação de consultas e internação do município com encaminhamentos para referência especializada ambulatorial e hospitalar.

3.3 Variáveis de relevância da pesquisa e coleta de dados

Os dados secundários foram solicitados através de ofício para a Secretaria de Saúde Municipal de Belém-SESMA para obtenção dos indicadores e os primários obtidos através de entrevista para identificação do perfil dos profissionais envolvidos no controle da hanseníase.

As informações secundárias foram solicitadas a SESMA no Departamento de Vigilância em Saúde, e constituíram os indicadores elencados nos objetivos contemplados por unidade de saúde, sendo obtidos do sistema de informação da SESMA – Belém através da coordenação de hanseníase. Os dados primários foram obtidos através de entrevista nas unidades de saúde com os 27 vinte e sete profissionais das 12 (doze) unidades básicas municipais de saúde e casas família.

Em relação as informações secundárias os dados foram organizados com intuito de responder os objetivos da pesquisa e apresentados em forma de tabelas, quadros e figuras com detalhamento quantitativo dos casos notificados no Distrito Administrativo Dagua por unidade de saúde no período de 2005 a 2010.

Comparou-se inicialmente os casos notificados com os casos confirmados de hanseníase. Em seguida foi realizada uma descrição detalhada no período de 2005 a 2010 dos indicadores operacionais que abrangem os coeficientes de detecção anual dos casos confirmados, as proporções de casos novos de hanseníase com o grau de incapacidade física avaliada no diagnóstico e na cura, o percentual de altas curados e o percentual de altas por abandono e ainda o percentual de contatos examinados. Estes indicadores demonstram o comportamento do desempenho das ações voltada ao controle da hanseníase em cada unidade de saúde que fazem parte do estudo.

As unidades de saúde que fazem parte do estudo estão localizado no município de Belém no Distrito Administrativo do Guamá-Dagua e são em número de 11 (onze) e foram denominadas da seguinte maneira para apresentação dos resultados Casa Família Parque Amazonia (CFPA), Casa Família Radional II (CFRII), Casa Família

Terra Firme (CFR), Centro de Saúde Terra Firme (CSTF), Unidade Municipal de Saúde do Jurunas (UMSJ), Unidade de saúde da Família Parque Amazonia II (CFPAII), Unidade Municipal de Saúde da Condor (UMSC), Unidade Municipal de Saúde da Cremação (UMSCREM), Unidade Municipal de Saúde da Terra Firme (UMSTF), Unidade Municipal de Saúde do Guamá (UMSG).

Os Indicadores utilizados e recomendados no controle da hanseníase tem o objetivo de monitoramento e avaliação da endemia e as classificações e parâmetros utilizados para avaliar a detecção dos casos para medir força de morbidade, magnitude e tendência da endemia são consideradas em relação ao número de casos por 100.000 habitantes e na população geral, segundo parâmetros do ministério da saúde, como especificado anteriormente.(BRASIL, 2010).

Para medir a qualidade das ações e serviços foram usado os cinco indicadores operacionais estabelecidos pelo MS, objeto de estudo da pesquisa. Após o levantamento na Secretaria de Saúde e armazenamento dos dados. Identificou-se no Distrito Dagua por unidade a proporção de cura de hanseníase entre os casos novos diagnosticados no ano da pesquisa; a proporção de casos novos de hanseníase com o grau de incapacidade física avaliado no diagnóstico e na alta; a proporção de casos curados no ano com grau de incapacidade física avaliado; a proporção de contatos intra domiciliares registrados com os avaliados; e a proporção de casos de hanseníase em abandono de tratamento entre os casos novos diagnosticados no ano de 2005 a 2009.

Os parâmetros utilizados na avaliação por unidade foram os definidos pelo MS em 2010 relacionados ao objetivo proposto no trabalho como:

Avaliação do grau de incapacidade dos casos de hanseníase no diagnóstico: Bom >90%; Regular 75 a 89,9 %; Precário < 75% e tem o objetivo de medir a qualidade do atendimento nos Serviços de Saúde e monitorar os resultados das ações da Programação de Ações de Vigilância em Saúde- PAVS.

Avaliação do grau de incapacidade dos casos de hanseníase na cura: Bom: > 75%, Regular: 50 a 74,9% e Precário: < 50%.

Na avaliação dos serviços relacionado às altas por cura no controle da hanseníase são considerados entre Bom > 90%; Regular 75 a 89,9% e Precário < 75%.

Na avaliação das altas por abandono: os parâmetros usados para medir a qualidade dessa assistência são Bom: < 10%, Regular: 10 a 24,9% e Precário: > 25%.

Contatos examinados: foram levados em consideração os parâmetros estabelecidos pelo MS (BRASIL, 2010) Bom: > 75%, Regular: 50 a 74,9% e Precário: < 50%.

Com relação aos dados primários, foram levantados através de entrevista com cada profissional para descrever o perfil dos profissionais que atuam no programa quanto à profissão, capacitação na área e os dados demográficos. Foram caracterizadas algumas questões como data do último treinamento, tipo de abordagem no último treinamento e carga horária do treinamento sobre hanseníase. Fazendo a seguir uma análise da cobertura de pessoal treinado no Distrito Dagua.

3.3.1 População do estudo

- 100% das unidades básicas de saúde que realizam atendimento para o controle da hanseníase – 5 unidades de saúde;
- 100% das casas famílias que realizam atendimento para o controle da hanseníase – 6 Unidades de Saúde da Família;
- 100% dos profissionais que realizam atendimento para o controle da hanseníase. Considerando que temos 15 (quinze) equipes de saúde da família e que cada equipe é composta por 1 médico e um enfermeiro temos 30 profissionais das casas famílias. Nas 7 (sete) unidades básicas o atendimento ao paciente em controle da hanseníase funcionam em dois turnos com a presença de um médico e uma enfermeira em cada turno de trabalho perfazendo 28 profissionais. Totalizando 58 (cinquenta e oito profissionais) atendendo esses pacientes. A amostra foi composta por 50% dos profissionais.

3.3.2 Foram excluídos

- Os que não concordaram em participar da pesquisa;
- Os que se encontravam de férias, licença ou ausentes após três tentativas de entrevistas.

3.4 Armazenamento análise e representação dos dados

Antes da análise, o banco de dados foi avaliado quanto a sua qualidade. Questões abertas foram categorizadas posteriormente e analisadas de forma quantitativa. Para fins de avaliação da capacitação, foram comparadas as variáveis relacionadas às capacitações recebidas pelos profissionais e os indicadores operacionais das unidades de saúde objetos do estudo.

Os dados coletados foram estruturados em um banco de dados no programa *Microsoft Excel 2007*, no qual também foram confeccionadas tabelas e gráficos para representação dos dados. Posteriormente foram analisados no programa *Bioestat 5.0*

Os resultados serão encaminhados a SESMA – DEVES – Coordenação de Hanseníase com as sugestões para implementação do programa de controle de Hanseníase.

3.5 Aspectos éticos

O protocolo desta pesquisa foi elaborado de acordo com normas éticas para pesquisa envolvendo seres humanos Resolução CNS 466 de 12 de dez de 2012 do CNS/MS. Os sujeitos que concordaram em participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), preenchiem isoladamente o questionário e devolviam-no em seguida aos pesquisadores em envelopes anônimos e lacrados. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Núcleo de Medicina Tropical da Universidade Federal do Pará (UFPA) (em anexo).

A identificação dos sujeitos da pesquisa foi preservada, garantindo-se ainda que as informações fornecidas sejam utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto. Todos os participantes do estudo foram tratados com dignidade e respeito aos seus valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos.

3.6 Riscos e benefícios

Os riscos são mínimos para a instituição e para a integridade física e psicológicas dos participantes da pesquisa, sendo garantido a privacidade dos mesmos, e preservados qualquer tipo de identificação do sujeito. O benefício é a obtenção de informações que permitam melhorar a operacionalização dos serviços e a qualidade do controle no programa para garantir a continuidade do atendimento a pacientes com hanseníase. Os resultados serão encaminhadas a secretaria municipal de saúde à coordenação de hanseníase para apreciação dos resultado e providencias que se fizerem necessárias.

4 RESULTADOS

4.1 Apresentação dos casos notificados no Distrito Dagua no período de 2005 a 2010

Durante o período de 2005 a 2010, foram notificados 786 casos de hanseníase no Distrito Administrativo Dagua em Belém-Pará. Os casos notificados no período representam todas as entradas antes da realização das supervisões, ou seja, as notificações enviadas das unidades de saúde para a coordenação municipal de saúde, antes da análise preliminar feita pela equipe técnica da coordenação municipal e estadual distribuídos por unidade de saúde notificadoras conforme demonstra Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição dos casos de hanseníase (todas as entradas), nas unidades de saúde do Distrito Dagua no município de Belém de 2005 a 2010

Unidades de Saúde	2005	2006	2007	2008	2009	2010	
	N	N	N	N	N	N	N
CFPA ¹	6	6	-	4	1	5	22
CFRII ²	-	2	4	1	-	-	7
CFRD ³	1	1	2	1	-	-	5
CFTF ⁴	-	-	1	1	-	2	4
CSTF ⁵	2	9	7	-	-	-	18
UMSJ ⁶	34	41	42	28	33	24	202
USFPAlI ⁷	-	-	3	1	2	1	7
UMSCON ⁸	17	11	10	14	11	10	73
UMSCREM ⁹	7	11	9	9	7	10	53
UMSTF ¹⁰	25	16	14	26	12	10	103
UMSG ¹¹	55	47	49	46	43	52	292
TOTAL	147	144	141	131	109	114	786

Fonte: SESMA (2012).

1-Casa Família Parque Amazonia,2-Casa Família Radional II, 3-Casa Família Riacho Doce, 4-Casa Família Terra Firme,5-Centro de Saúde da Terra Firme, 6-Unidade Municipal de Saúde do Jurunas,7-Unidade de saúde Família Parque Amazonia II,8-Unidade Municipal de Saúde da Condor, 9-Unidade Municipal de Saúde da Cremação, 10-Unidade Municipal de Saúde da Terra Firme, 11-Unidade Municipal de Saúde do Guamá,

Realizando-se uma comparação entre duas situações, Tabela 1, ou seja, a de casos notificados, e os casos confirmados exemplificado na Tabela 2 abaixo, observou-se que, dentre, os 786 (setecentos e oitenta e seis) casos de hanseníase notificados no período de 2005 a 2010 foram excluídos do sistema 112 (cento e doze por erro diagnóstico sendo 2 (dois) casos na Casa Família Terra Firme, 38 (trinta e oito) na Unidade Municipal de Saúde do Jurunas,4 (quatro) na Unidade de Saúde da Família Parque Amazonia II, 9 (nove) na Unidade Municipal de Saúde da Condor, 7 (sete) na Unidade Municipal de Saúde da Cremação,15 (quinze) na Unidade Municipal de Saúde da Terra Firme e 37 (trinta e sete) na Unidade Municipal de Saúde do Guamá. Ficando então no período 674 casos considerados como casos notificados confirmados ou menos erro diagnóstico, conforme Tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição de números absolutos e percentuais dos casos notificados em hanseníase (menos erro diagnóstico) nas unidades de saúde do Distrito Dagua no município de Belém de 2005 a 2010

Unidades de Saúde	2005		2006		2007		2008		2009		2010		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
CFPA	6	4,3	6	4,6	0	0,0	4	3,6	1	1,3	5	5,5	22	3,3
CFRII	0	0,0	2	1,5	4	3,2	1	0,9	0	0,0	0	0,0	7	1,0
CFRD	1	0,7	1	0,8	2	1,6	1	0,9	0	0,0	0	0,0	5	0,7
CFTF	0	0,0	0	0,0	1	0,8	0	0,0	0	0,0	1	1,1	2	0,3
CSTF	2	1,4	9	6,9	7	5,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	18	2,7
UMSJ	32	23,0	34	26,0	37	29,8	22	20,0	22	27,8	17	18,7	164	24,3
USFPAIL	0	0,0	0	0,0	2	1,6	0	0,0	1	1,3	0	0,0	3	0,4
UMSCON	15	10,8	9	6,9	9	7,3	13	11,8	8	10,1	10	11,0	64	9,5
UMSCRE	7	5,0	9	6,9	9	7,3	9	8,2	4	5,1	8	8,8	46	6,8
UMSTF	24	17,3	16	12,2	13	10,5	22	20,0	8	10,1	5	5,5	88	13,1
UMSG	52	37,4	45	34,4	40	32,3	38	34,5	35	44,3	45	49,5	255	37,8
TOTAL	139	100	131	100	124	100	110	100	79	100	91	100	674	100

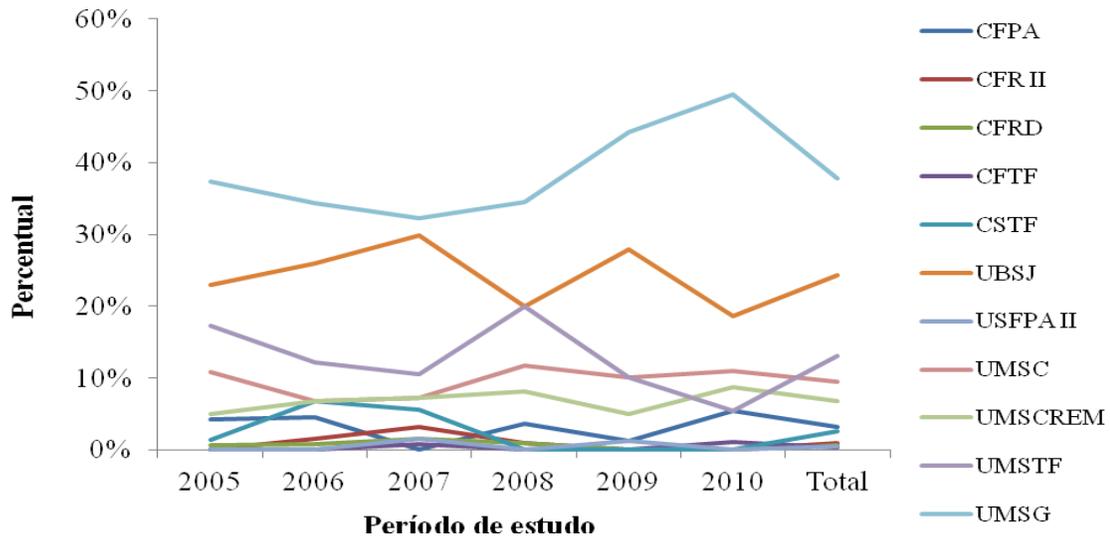
Fonte: SINAN/SESMA (2011).

1-Casa Família Parque Amazonia,2-Casa Família Radional II, 3-Casa Família Radional, 4-Casa Família Terra Firme,5-Centro de Saúde da Terra Firme, 6-Unidade Municipal de Saúde do Jurunas,7- Unidade de saúde Família Parque Amazonia II,8-Unidade Municipal de Saúde da Condor, 9-Unidade Municipal de Saúde da Cremação, 10-Unidade Municipal de Saúde da Terra Firme, 11-Unidade Municipal de Saúde do Guamá,

A Tabela 2 representa a distribuição dos percentuais de casos notificados de hanseníase no Distrito Dagua de 2005 a 2010. Nesta tabela estão representados 100% dos casos confirmados, os quais foram considerados para o estudo num total de 674 casos.

De acordo com o exposto observou-se que as unidades de saúde que obtiveram um maior percentual de casos notificados foram as Unidades Municipal de Saúde do Guamá (37,8%), Unidade de Saúde do Jurunas (24,3%), Unidades Municipal de Saúde da Terra Firme (13,1%), Unidades Municipal de Saúde da Condor (9,5%) e Unidades Municipal de Saúde Cremação (6,8%) totalizando 91,5% dos casos notificados e as demais unidades que representam 5 (cinco) casas famílias notificaram 8,5% dos casos no Distrito Administrativo do Guamá.

Figura 8 – Percentual dos casos notificados em hanseníase (menos erro diagnóstico) nas unidades de saúde do Distrito Dagua no município de Belém de 2005 a 2010



Fonte: SESMA (2011).

4.2 Perfil do coeficiente de detecção nas unidades do Distrito Dagua

A Tabela 3 apresenta o coeficiente de detecção dos casos de hanseníases notificados nas unidades de saúde no Distrito Administrativo Dagua nos anos de 2005 a 2010. O coeficiente de detecção de casos nos anos alcançados neste período foi de 22,6 a 39,7 casos de hanseníase por 100.000 habitantes obtendo coeficientes de detecção muito alto de acordo com os parâmetros do MS, Portaria 3125 de 2010.

No período estudado os coeficientes de detecção no Distrito Administrativo Dagua foram em 2005 (39,7), 2006 (37,47), 2007 (35,47), 2008 (31,47), 2009, (22,60) e 2010 (26,03). Observou-se que entre as unidades notificadoras que a UMSG e UMSJ apresentaram os maiores coeficientes respectivamente sendo que no ano de 2007 a UMSJ contribuiu com um alto coeficiente de detecção 10,58 e a UMSG no ano de 2005 obteve 14,48 casos em cada 100.000 habitantes considerado alto, nos demais anos a UMSG obteve uma queda porém o coeficiente se manteve alto durante todo o período.

Tabela 3 – Coeficiente de detecção anual de casos novos de hanseníase por 100.000 habitantes segundo critérios de endemicidade nas unidades de saúde do Distrito Dagua Belém – Pará 2005 a 2010

ANO UNIDADE-	2005%	C	2006 %	C	2007 %	C	2008%	C	2009%	C	2010%	C
		L		L		L		L		L		L
CFPA	1,717	B	1,717	B	0,00	B	1,144	B	0,286	B	1,430	B
CFRII	0,000	B	0,572	B	1,144	B	0,286	B	0,000	B	0,000	B
CFRD	0,286	B	0,286	B	0,572	B	0,286	B	0,000	B	0,000	B
CFTF	0,000	B	0,000	B	0,286	B	0,000	B	0,000	B	0,286	B
CSTF	0,572	B	2,575	M	2,003	M	0,000	B	0,000	B	0,000	B
UBSJ	9,155	M	9,727	M	10,585	A	6,294	M	6,294	M	4,864	M
USFPAII	0,000	B	0,000	B	0,572	B	0,000	B	0,286	B	0,000	B
UMSC	4,291	M	2,575	M	2,575	M	3,719	M	2,289	M	2,861	M
UMSCRM	2,003	M	2,575	M	2,575	M	2,575	M	1,144	B	2,289	M
UMSTF	6,866	M	4,578	M	3,719	M	6,294	M	2,289	M	1,430	B
UMSG	14,877	A	12,874	A	11,444	A	10,872	A	10,013	A	12,874	A
TOTAL	39,767		37,478		35,476		31,470		22,601		26,035	

Fonte: Pesquisa de campo.

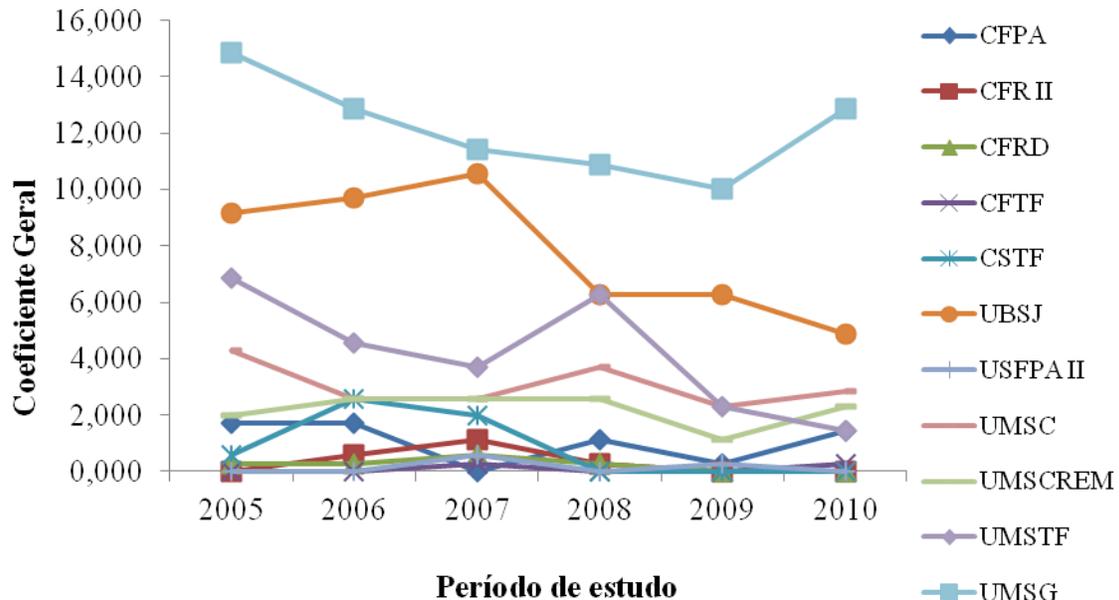
1-Casa Família Parque Amazonia,2-Casa Família Radional II, 3-Casa Família Radional, 4-Casa Família Terra Firme,5-Centro de Saúde da Terra Firme, 6-Unidade Municipal de Saúde do Jurunas,7- Unidade de saúde Família Parque Amazonia II,8-Unidade Municipal de Saúde da Condor, 9-Unidade Municipal de Saúde da Cremação, 10-Unidade Municipal de Saúde da Terra Firme, 11-Unidade Municipal de Saúde do Guamá,

A classificação dos coeficientes de detecção por ano em cada unidade de saúde do Distrito Dagua foram considerado baixo e médio nas unidades de saúde da família e alto, muito alto e hiperendêmico nas unidades de saúde que não fazem parte da estratégia de saúde da família. O comportamento do coeficiente de detecção se manteve muito alto 39,767; 37,478; 35,476; 31,470; 22,601 e 26,035 em cada 100.000 habitantes nos anos de 2005 a 2010 respectivamente.

Segundo Brasil (2010) taxas elevadas estão geralmente associadas a baixos níveis de desenvolvimento socioeconômico e a insatisfatórias condições assistenciais para o diagnóstico precoce, o tratamento padronizado e o acompanhamento dos casos.

A Figura 9 representa o comportamento do coeficiente de detecção dos casos de hanseníase nos anos de 2005 a 2010 nas 11 (onze) Unidades de Saúde do Distrito Dagua. As casas famílias permanecem abaixo de 2 casos e representam um coeficiente baixo e as unidades de saúde apresentaram um coeficiente médio e alto.

Figura 9 – Coeficiente de detecção anual de casos novos de hanseníase por 100.000 habitantes nas unidades de saúde do Distrito Dagua Belém – Pará 2005 a 2010



FONTE: SESMA (2012)

1-Casa Família Parque Amazonia,2-Casa Família Radional II, 3-Casa Família Radional, 4-Casa Família Terra Firme,5-Centro de Saúde da Terra Firme, 6-Unidade Municipal de Saúde do Jurunas,7- Unidade de saúde Família Parque Amazonia II,8-Unidade Municipal de Saúde da Condor, 9-Unidade Municipal de Saúde da Cremação, 10-Unidade Municipal de Saúde da Terra Firme, 11-Unidade Municipal de Saúde do Guamá,

4.3 Casos de hanseníase avaliados quanto ao grau de incapacidade física no diagnóstico.

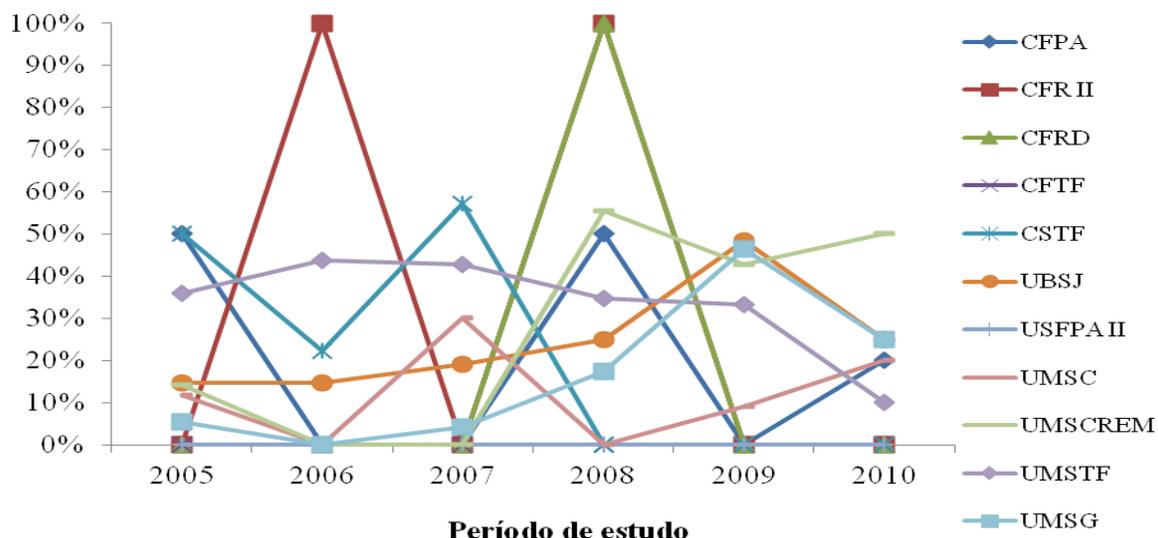
A tabela 4 apresenta a distribuição da proporção de casos novos de hanseníase com o grau de incapacidade física avaliado no diagnóstico. Este indicador mede a qualidade do atendimento nos serviços e monitora os resultados das ações da Programação de Ações de Vigilância em Saúde -PAVS. Observou-se que durante o período de 2005 a 2010 no Distrito Dagua a avaliação de incapacidade no momento do diagnóstico foi regular (81,3%) levando-se em consideração o total dos casos notificados.

Tabela 4 – Proporção de casos novos de hanseníase com o grau de incapacidade física avaliado no diagnóstico no Distrito Dagua Belém – Pará 2005 a 2010

ANO UNID.	2005 %	CL	2006 %	CL	2007 %	CL	2008 %	CL	2009 %	CL	2010 %	CL	TOTAL %	
CFPA	83,3	R	83,3	R	-	-	100	B	100	B	100	B	90,9	B
CFRII	-	-	100	B	100	B	100	B	-	-	-	-	100	B
CFRD	100	B	100	B	50	P	100	B	-	-	-	-	80	R
CFTF	-	-	-	-	100	B	0,0	P	-	-	50	P	50	P
CSTF	100	B	100	B	100	B	-	-	-	-	-	-	100	B
UBSJ	85,3	R	78,0	R	88,1	R	71,4	P	54,5	P	62,5	P	74,8	R
USFPAIL	-	-	-	-	66,7	P	0,0	P	50,0	P	0,0	P	42,9	P
UMSC	70,6	R	63,6	P	60,0	P	85,7	R	45,5	P	100	B	71,2	P
UMSCRM	100	B	81,8	R	88,9	R	77,8	R	57,1	P	80,0	R	81,1	R
UMSTF	96,0	B	100	B	92,9	B	84,6	R	66,7	P	40,0	P	84,5	R
UMSG	92,7	B	93,6	B	79,6	R	82,6	R	81,4	R	86,5	R	86,3	R
TOTAL	89,1	R	86,8	R	83,7	R	80,2	R	66,1	P	77,2	R	81,3	R

Fonte: Pesquisa de campo

Figura 10 – Comportamento da proporção de avaliação de incapacidade no diagnóstico por unidade de saúde no Distrito Dagua Belém – Pará 2005 a 2010



Fonte: Pesquisa de campo

1-Casa Família Parque Amazonia,2-Casa Família Radional II, 3-Casa Família Radional, 4-Casa Família Terra Firme,5-Centro de Saúde da Terra Firme, 6-Unidade Municipal de Saúde do Jurunas,7- Unidade de saúde Família Parque Amazonia II,8-Unidade Municipal de Saúde da Condor, 9-Unidade Municipal de

Saúde da Cremação, 10-Unidade Municipal de Saúde da Terra Firme, 11-Unidade Municipal de Saúde do Guamá,

4.4 Casos hanseníase avaliados quanto ao grau de incapacidade física no momento da alta por cura

A tabela 5 demonstra a proporção de casos de alta por cura nos anos com grau de incapacidade física que foram avaliados nas unidades do Distrito Dagua. Evidenciou-se uma precariedade na avaliação do grau de incapacidade dos casos curados em todo o período de 2005 a 2010 com exceção da CFRD nos anos de 2006 e 2008 e da CFRD em 2008 com 100% dos casos sendo avaliados quanto a incapacidade física na alta.(BRASIL, 2010).

Tabela 5 – Demonstrativo da proporção e classificação de casos de alta por cura com grau de incapacidade física avaliado por unidade de saúde no Distrito Dagua Belém – Pará 2005 a 2010

ANO	2005	C	2006	C	2007	C	2008	C	2009	C	2010	C	TOTAL	C
UNIDADE-	%	L	%	L	%	L	%	L	%	L	%	L	%	L
CFPA	50,0	P	0,0	-	-	-	50,0	P	-	-	20,0	P	27,3	P
CFRII	-	-	100,0	B	-	-	100,0	B	-	-	-	-	42,9	P
CFRD	-	-	-	-	-	-	100,0	B	-	-	-	-	20,0	P
CFTF	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CSTF	50,0	P	22,2	P	57,1	P	-	-	-	-	-	-	38,9	P
UMSJ	14,7		14,6		190		25,0		48,5		25,0		23,8	
CFPAII	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
UMSC	11,8	P	-	-	300	P	-	-	9,1	P	20,0	P	11,0	P
UMSCRM	14,3	P	-	-	-	-	55,6	P	42,9	P	50,0	P	26,4	P
UMSTF	36,0	P	43,8	P	429	P	34,6	P	33,3	P	10,0	P	35,0	P
UMSG	5,5	P	-	-	4,1	P	17,4	P	46,5	P	25,0	P	15,8	P
TOTAL	16,3		11,8		163		25,2		40,4		24,6		21,5	P

Fonte: Pesquisa de campo

1-Casa Família Parque Amazonia,2-Casa Família Radional II, 3-Casa Família Radional, 4-Casa Família Terra Firme,5-Centro de Saúde da Terra Firme, 6-Unidade Municipal de Saúde do Jurunas,7- Unidade de saúde Família Parque Amazonia II,8-Unidade Municipal de Saúde da Condor, 9-Unidade Municipal de Saúde da Cremação, 10-Unidade Municipal de Saúde da Terra Firme, 11-Unidade Municipal de Saúde do Guamá,

4.5 Casos de hanseníase que receberam altas por cura nas unidades do Distrito Dagua

Para o MS as altas no programa de controle da hanseníase são classificadas em 4 tipos Cura, Obito, Abandono e Transferência. A tabela 6 demonstra o percentual de altas por cura nas unidade de saúde no Distrito Administrativo Dagua.

Tabela 6 – Percentual de altas por cura nas unidade de saúde no Distrito Dagua Belém – Pará 2005 a 2010

ANO UNID	2005%	CL	2006 %	CL	2007 %	CL	2008 %	CL	2009 %	CL	2010 %	CL	TOTAL %	CL
CFPA	100	B	66,7	P	-	-	100,0	B	100,0	B	100,0	B	93,3	B
CFRII	-	-	100,0	B	100,0	B	100,0	B	-	-	-	-	100,0	B
CFRD	100,0		100,0		100,0		100,0		-		-		100,0	
CFTF	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CSTF	100,0	B	100,0	B	85,7	R	-	-	-	-	-	-	95,2	B
UMSJ	90,6	B	97,1	B	94,6	B	81,8	R	95,5	B	88,2	B	91,3	B
CFPAII	-	-	-	-	100,0	B	-	-	100,0	B	-	-	100,0	B
UMSC	93,3	B	77,8	R	100,0	B	100,0	B	87,5	R	90,0	B	91,3	B
UMSCM	100,0	B	100,0	B	88,9	R	100,0	B	75,0	R	100,0	B	94,0	B
UMSTF	95,8	B	81,3	R	69,2	P	90,9	B	87,5	R	60,0	P	80,8	R
UMSG	92,3	B	91,1	B	92,5	B	94,7	B	94,3	B	86,7	R	91,9	B
TOTAL	96,5	B	90,4	B	92,3	B	95,9	B	91,4	B	87,5	R	92,3	B

Fonte: Pesquisa de Campo (2012)

1-Casa Família Parque Amazonia,2-Casa Família Radional II, 3-Casa Família Radional, 4-Casa Família Terra Firme,5-Centro de Saúde da Terra Firme, 6-Unidade Municipal de Saúde do Jurunas,7- Unidade de saúde Família Parque Amazonia II,8-Unidade Municipal de Saúde da Condor, 9-Unidade Municipal de Saúde da Cremação, 10-Unidade Municipal de Saúde da Terra Firme, 11-Unidade Municipal de Saúde do Guamá,

Observou-se um percentual acima de 90% de altas por cura nos anos de 2005 a 2010 evidenciado na maioria das unidades com exceção dos anos de 2006 na CFPA (66,7%), no ano de 2007 na UMSTF (69,2%) em 2009 na UMSCrem (75%) e em 2010 houve um decréscimo para (60%).

O principal indicador de avaliação da qualidade da atenção é o percentual de cura dos casos diagnosticados, com resultado regular de 77,3% em 2010 no município de Belém (BRASIL, 2011b).

4.6 Avaliação das altas por abandono entre os casos diagnosticados

Tabela 7 – Distribuição do percentual e classificação de altas por abandono por unidade de saúde no Distrito Dagua Belém – Pará 2005 a 2010

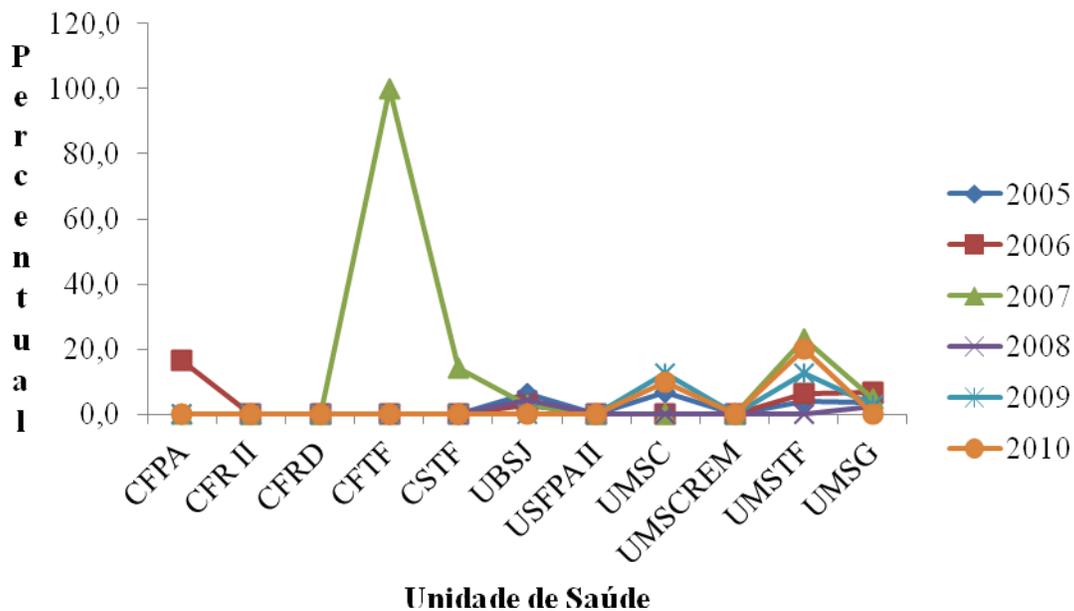
ANO UNIDADE	2005 %	C L	2006 %	C L	2007 %	C L	2008 %	C L	2009 %	C L	2010 %	C L	TOTAL %	C L
CFPA	0,0	B	16,7	R	-	-	0,0	B	0,0	B	0,0	B	3,3	B
CFRII	-	-	0,0	B	0,0	B	0,0	B	-	-	-	-	0,0	B
CFRD	0,0		0,0		0,0		0,0		-		-		0,0	
CFTF	-	-	-	-	100,0	P	-	-	-	-	0,0	B	50,0	P
CSTF	0,0	B	0,0	B	14,3	R	-	-	-	-	-	-	4,8	B
UMSJ	6,3	B	2,9	B	2,7	B	4,5	B	0,0	B	0,0	B	2,7	B
CFPAII	-	-	-	-	0,0	B	-	-	0,0	B	-	-	0,0	B
UMSC	6,7	B	0,0	B	0,0	B	0,0	B	12,5	R	10,0	R	4,9	B
UMSCM	0,0	B	0,0	B										
UMSTF	4,2	B	6,3	B	23,1	R	0,0	B	12,5	R	20,0	R	11,0	R
UMSG	3,8	B	6,7	B	5,0	B	2,6	B	2,9	R	0,0	B	3,5	B
TOTAL	2,6	B	3,6	B	14,5	P	0,9	B	4,0	B	4,3	B	5,0	B

Fonte: SESMA (2012)

1-Casa Família Parque Amazonia,2-Casa Família Radional II, 3-Casa Família Radional, 4-Casa Família Terra Firme,5-Centro de Saúde da Terra Firme, 6-Unidade Municipal de Saúde do Jurunas,7- Unidade de saúde Família Parque Amazonia II,8-Unidade Municipal de Saúde da Condor, 9-Unidade Municipal de Saúde da Cremação, 10-Unidade Municipal de Saúde da Terra Firme, 11-Unidade Municipal de Saúde do Guamá,

A saída por "abandono" deverá ser informada quando o doente que ainda não concluiu o tratamento não compareceu ao serviço de saúde nos últimos 12 meses, tanto nos casos Paucibacilares (PB) quanto nos Multibacilare (MB). Observou-se que o abandono de tratamento nas unidades do Distrito Dagua se manteve estável apresentando percentuais abaixo de 10% em (6) seis das onze unidades. Porém a atenção especial foi para o ano de 2007 onde se encontrou na CFTF um percentual de 100% dos casos em abandono considerado precário, no CSTF 14,3% e na UMSTF 23,1% considerado regular. No ano de 2009 a UMSC e UMSTF apresentaram, cada, um percentual de 12,5% considerado regular, e em 2010 destaque novamente para a UMSTF com um percentual de 20,0% também regular. Evidencia-se ai que as unidades do bairro da Terra Firme contribuíram para elevação dos percentuais de alta por abandono no Distrito Dagua.

Figura 11 – Percentual de altas por abandono por unidade de saúde no Distrito Dagua Belém – Pará 2005 a 2010



Fonte: SESMA (2012)

4.7 Avaliação dos exames de contatos

A capacidade dos serviços em realizar a vigilância de contatos intradomiciliares de hanseníase para detecção de novos casos no Distrito Administrativo do Guamá, é demonstrada abaixo na tabela 9 e figura 9.

Uma situação que evidenciou-se no levantamento sobre o exame dos contatos intradomiciliares foi a ausência do registro de informação no período de 2005 a 2010; observou-se que as casas famílias CFPA, CFRII, CFTF e CSTF não apresentaram informações em pelo menos 1 (um) ano do período chegando em algumas casas famílias a 4 anos de ausência de informações. Com relação às informações relacionadas às unidades básicas de saúde, UBSJ, USFPAII, UMSCREM, UMSTF, UMSG foram presentes e continuas com exceção da UMSC que registrou a informação somente no ano de 2007.

Com relação à cobertura dos contatos examinados os percentuais encontrados são os seguintes na CFRD 100% foram examinados nos anos de 2006, 2007 e 2008 assim como na CFRII em 2008 considerada uma cobertura BOA em termos de

vigilância a saúde; porém na CFPA a cobertura foi de 20,0% e 41,2% em 2008 e 2010 e na CFPAlI de 27% em 2010. Nas unidades de saúde básicas UMSJ a cobertura foi de 60,5% no ano de 2010 considerada regular e 34,2 %, 47,3%, 28,9 %, 34,0%, nos anos de 2005, 2006, 2007 e 2009 considerada precária assim como na UMSG que foi de 33,0%, 27,9%, 20,1% e 44,2 % nos anos de 2007, 2008, 2009 e 2010 na UMSCREM 35,5%, e 25,0% em, 2008 e 2010 na UMSC 40,0% no ano de 2007 e nas demais anos e serviços também foi considerado precário com percentuais abaixo de 20% chegando no ano de 2007 a apresentar 5 (cinco) unidades com 0,0% de cobertura e 1 (uma) sem informação a respeito dos contatos examinados. O comportamento das unidades com relação a exames de contatos intradomiciliares no Distrito Dagua é preocupante sendo os percentuais por ano considerado precário com uma cobertura de 7,2%, 14,4% 23,1%, 19%, 17,9% e 17,1% nos anos de 2005, 2006, 2007, 2008, 2009 e 2010 respectivamente.

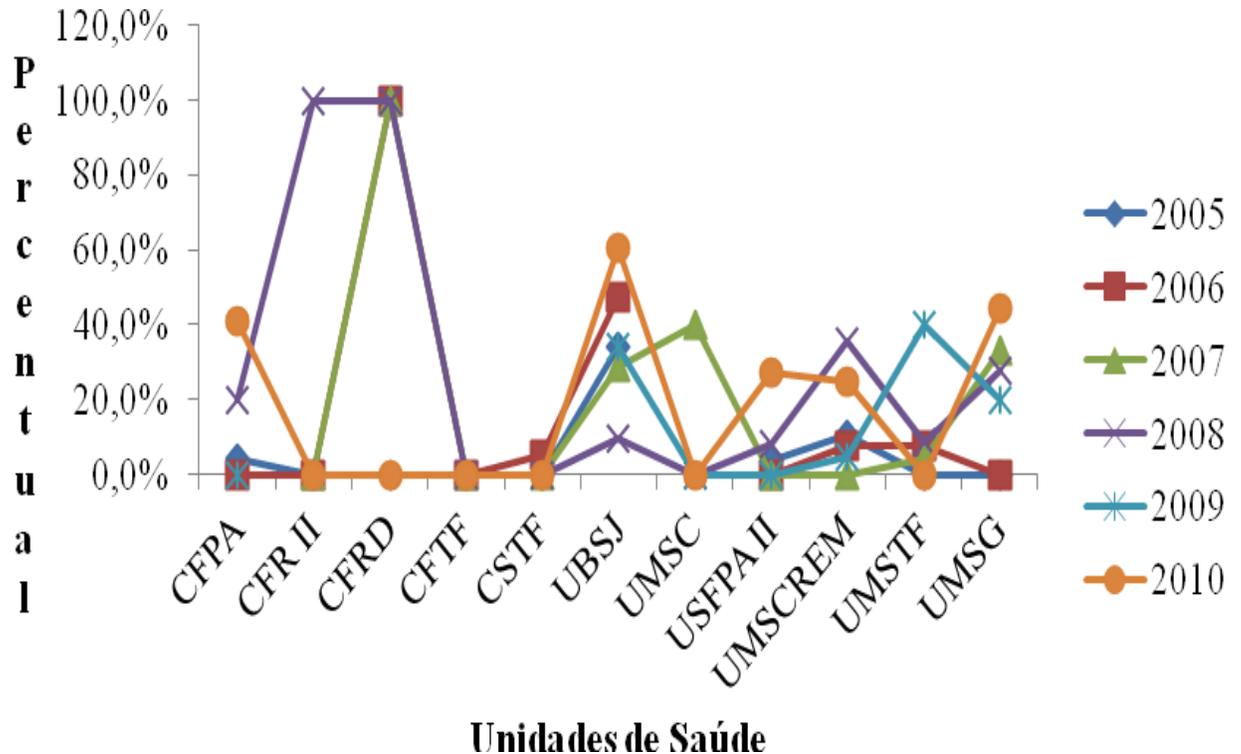
Tabela 8 – Percentual de contatos examinados segundo classificação por unidade de saúde no Distrito Dagua Belém – Pará 2005 a 2010

ANO	2005	C	2006	C	2007	C	2008	C	2009	C	2010	C	TOTAL	C
UNIDADE	%	L	%	L	%	L	%	L	%	L	%	L	%	L
CFPA	4,0	P	0,0	P	-	-	20,0	P	0,0	P	41,2	P	13,0	P
CFRII	-	-	0,0	P	0,0	P	100,0	B	-	-	-	P	33,3	P
CFRD	0,0	P	100,0	B	100,0	B	100,0	B	-	-	-	-	75,0	R
CFTF	-	-	-	-	0,0	P	-	-	-	-	0,0	P	0,0	P
CSTF	0,0	P	5,3	P	0,0	P	-	-	-	-	-	-	1,8	P
UMSJ	34,2	P	47,3	P	28,9	P	9,8	P	34,0	P	60,5	P	35,8	P
CFPAlI	3,6	P	0,0	P	0,0	P	8,0	P	0,0	P	27,0	P	6,4	P
UMSC	-	-	-	-	40,0	P	-	-	0,0	P	-	-	20,0	P
UMSCM	10,3	P	7,7	P	0,0	P	35,5	P	4,8	P	25,0	P	13,9	P
UMSTF	0,0	P	7,5	P	4,3	P	8,5	P	40,0	P	0,0	P	10,0	P
UMSG	0,0	P	0,0	P	33,0	P	27,9	P	20,1	P	44,2	P	20,9	P
TOTAL	7,2	P	14,4	P	23,1	P	19,0	P	21,9	P	17,1	P	17,1	P

Fonte: SESMA (2012)

1-Casa Família Parque Amazonia,2-Casa Família Radional II, 3-Casa Família Radional, 4-Casa Família Terra Firme,5-Centro de Saúde da Terra Firme, 6-Unidade Municipal de Saúde do Jurunas,7- Unidade de saúde Família Parque Amazonia II,8-Unidade Municipal de Saúde da Condor, 9-Unidade Municipal de Saúde da Cremação, 10-Unidade Municipal de Saúde da Terra Firme, 11-Unidade Municipal de Saúde do Guamá,

Figura 12 – Percentual de contatos examinados por unidade de saúde no Distrito Dagua Belém – Pará 2005 a 2010



Fonte: SESMA (2012)

ter casos atuais de hanseníase na família, está associado a um risco 2,9 vezes maior de um membro sadio dessa família contrair a doença, e ter casos antigos de hanseníase na família está associado à possibilidade 5,0 vezes maior de um membro sadio contrair a doença. Se aceita que a transmissão da hanseníase aconteça de pessoa a pessoa. O risco de desenvolvimento da doença é cerca de 5 a 10 vezes mais alto se outro membro da família já manifestou a doença (FERREIRA, 2012).

4.8 Perfil dos profissionais de saúde

Foram entrevistados 27 (vinte e sete) profissionais entre médicos e enfermeiros distribuídos nas unidades de saúde da seguinte maneira, na Casa Família Riacho Doce 4 (quatro), UMS Guamá 2 (dois), Casa Família Parque amazonia I 2 (dois), UMS Terra Firme 5 (cinco) Casa Família Terra Firme 1 (um), UMS Cremação 2 (dois), UMS Jurunas 5 (cinco), UMS Condor + PACS Condor 4 (quatro) e a Casa Família Radional com 2 (dois).

4.8.1 Identificação dos participantes da pesquisa de acordo com Idade, Sexo, Categoria e Tempo de Serviço

Entre os profissionais que fizeram parte do estudo e participaram dos treinamentos sobre ações de controle da hanseníase 39,1% possuem 40 anos ou menos e 60,9 % mais de 40 anos de idade e entre os que não participaram 25% possuem 40 anos ou menos e 75% tem mais de 40 anos de idade. A idade dos profissionais entre os que participaram e os que não participaram dos treinamentos se comportou de maneira uniforme.

Com relação ao genero os participantes dos treinamentos 87% são do sexo feminino e 13% do sexo masculino e entre os que não participaram 75% são do sexo feminino e 25% são do sexo masculino demonstrando que quanto ao gênero são equivalentes o número de profissionais que participaram e não participaram da pesquisa.

Quanto à categoria profissional entre os que participaram dos treinamentos observou-se que a maioria dos profissionais 69,6% são enfermeiros, e 30,4% são médicos e entre os que não participaram 100% são enfermeiros apresentando um significado importante para o estudo, pois entre as duas categorias identificadas a proporção de enfermeiros nos treinamentos se manteve alta caracterizando a presença dos profissionais enfermeiros nas capacitações.

A variável tempo de serviço foi calculada em anos, constatou-se que entre os que participaram da pesquisa 52,2% dos profissionais possuem 20 anos ou menos de serviço publico, e 47,8% mais de 20 anos de serviço publico, e entre os que não participaram não houve predominância se equivalendo em 50% tempo de serviço.

Após levantar o perfil dos profissionais questionou-se sobre a segurança em fazer diagnóstico de hanseníase e os resultados encontrados na pesquisa demonstram que entre os que participaram dos treinamentos um grande percentual 69,6% referem-se sentir apto para realizar o diagnóstico da doença e 30,4% não se sentem seguros. Entre os que não participaram das capacitações os percentuais se equivalem 50% (aptos e não aptos para realizarem diagnóstico).

Tabela 9 – Demonstrativo dos dados absolutos e percentual sobre participação dos profissionais em treinamento de acordo com Idade, Sexo, Categoria, Tempo de Serviço e estar apto para fazer diagnóstico de Hanseníase no Distrito Administrativo do Guamá, Belém – Para 2012

Variáveis de interesse	Treinamento sobre ações de controle em hanseníase			
	Participou n	%	Não participou N	%
Idade (anos)				
≤ 40 anos	9	39.1	1	25.0
> 40 anos	14	60.9	3	75.0
Total	23	100	4	100
Gênero				
Feminino	20	87.0	4	100.0
Masculino	3	13.0	0	0.0
Total	23	100	4	100
Profissão				
Médico	7	30.4	0	0.0
Enfermeiro	16	69.6	4	100.0
Total	23	100	4	100
Tempo Serv. Público				
≤ 20 anos	12	52.2	2	50.0
> 20 anos	11	47.8	2	50.0
Total	23	100	4	100
Apto para Diagnóstico e tratamento				
Apto	16	69.6	2	50.0
Não apto	7	30.4	2	50.0
Total	23	100	4	100

Fonte: Pesquisa de campo

4.8.2 Participação de profissionais em capacitações nas ações de controle de hanseníase

A tabela 10 representa o demonstrativo da participação dos profissionais do Distrito Administrativo Dagua em treinamentos. Do total dos profissionais 85,2% (23) participaram de treinamentos E entre os que participaram dos treinamentos o tempo que ocorreu os mesmos estão entre menos de 2 anos, 44,4% ,12(doze), de 2 a 5 anos 29,6%(8), de 6 a 10 anos 11,1(3); mais de 10 anos 3,75% (1) e 11,1%(3) dos profissionais não informaram o tempo.

Sobre abordagem que foi realizado o treinamento constatou-se que entre os que participaram do treinamento 63% (17) dos participantes receberam treinamento teórico prático e 25,9% (7) teórico.

Com relação à carga horária 33,3%(9) informam que o treinamento teve uma carga horária com mais de 20h, 25,9% (7) treinamento de 20h,18,5%(5) 12h; 11,1% (3) 6h , 3,7%(1) e 7,4 (2) não informaram sobre a carga horária do treinamento.

Tabela 10 – Participação dos profissionais em treinamentos sobre hanseníase (data do último treinamento, tipo de abordagem e carga horária) Distrito Administrativo do Guamá, Belém – Pará 2012.

Participação em treinamentos	N	%
Sim	23	85,2
Não	4	14,8
Total	27	100
Data do ultimo Treinamento:		
Menos de 2 anos	12	44,4
De 2 a 5 anos	8	29,6
De 6 a 10 anos	3	11,1
Mais de 10 anos	1	3,7
Não Informado	3	11,1
Total	27	100,0
Tipo abordagem último treinamento		
Teórico	7	25,9
Teórico-Prático	17	63,0
Não Informado	3	11,1
Total	27	100,0
Carga horária do treinamento		
6h	3	11,1
8h	1	3,7
12h	5	18,5
20h	7	25,9
Mais de 20h	9	33,3
Não Informado	2	7,4
Total	27	100,0

Fonte: Pesquisa de campo

A tabela 11 representa informações sobre conteúdos abordados no treinamento, segurança para diagnosticar a doença e orientações gerais para o doente sobre a doença e o tratamento.

Com relação aos conteúdos que foram abordados nos treinamentos os profissionais afirmam que estavam incluídos assuntos sobre Diagnóstico 19,5% (23), Tratamento 18,6% (22), Controle e avaliação 14,4 (17), Avaliação Dermatológica 13,6%

(16), Prevenção de Incapacidade 12,7% (15), Avaliação Neurológica 11,0% (13), e encaminhamentos 10,2%(12).

Entre os profissionais que fizeram parte da pesquisa 66,7% (18) afirmam ter segurança em realizar o diagnóstico da doença e 33,3 (9) não se sentem seguro em realizar diagnóstico.

Quanto as orientações realizadas para o portador de hanseníase encontrou-se que o responsável em realizar são enfermeiros 63,0%(17) a equipe 33,3%(9) e não informado 3,7% (1).

Tabela 11 – Conteúdos abordados nas capacitações em hanseníase, segurança para diagnóstico da hanseníase e responsabilidade na orientação do paciente Belém – Para 2012

Temas abordados nas capacitações	Quantidade	Percentual
Diagnóstico	23	19,5
Controle e Avaliação	17	14,4
Tratamento	22	18,6
Av. Dermatológica	16	13,6
Av Neurológica	13	11,0
Prev de Incapacidade	15	12,7
Encaminhamentos	12	10,2
Total	118	100,0
Segurança para diagnosticar		
Sim	18	66,7
Não	9	33,3
Total	27	100
Responsável em conversar com o paciente		
Enfermeiro	17	63,0
Equipe	9	33,3
Não Informado	1	3,7
Total	27	100,0

Fonte: Pesquisa de campo.

Foi verificado ainda, como demonstrado abaixo na Tabela 12, a associação entre a aptidão para diagnosticar e tratar hanseníase e complicações e ou reações com variáveis como idade, categoria profissional e tempo de serviço. Identificou-se que a variável tempo de serviço foi considerada estatisticamente significativa com um $p=0,0206$.

Tabela 12 – Associação entre a aptidão para diagnosticar e tratar hanseníase e complicações e ou reações com as variáveis idade, categoria profissional e tempo de serviço

Variáveis de interesse	Apto para diagnosticar, tratar hanseníase e as complicações/Reações				Teste estatístico
	Apto		Não apto		
	n	%	n	%	
Idade (anos)					
≤ 40 anos	5	27.8	5	55.6	Teste G p = 0.3273
> 40 anos	13	72.2	4	44.4	
Total	18	100	9	100	
Profissão					
Médico	6	33.3	1	11.1	Teste G p = 0.4255
Enfermeiro	12	66.7	8	88.9	
Total	18	100	9	100	
Tempo Serv. Público					
> 20 anos	12	66.7	1	11.1	Odds Ratio = 16 p = 0.0206
≤ 20 anos	6	33.3	8	88.9	
Total	18	100	9	100	

Fonte: Pesquisa de campo

5 DISCUSSÃO

No Pará apesar da importante redução do coeficiente de prevalência de hanseníase de 4,2 casos/10 mil habitantes, o Estado demanda intensificação das ações para eliminação da doença, justificadas por um padrão de alta endemicidade segundo os parâmetros de prevalência. Por meio da distribuição espacial, verificam-se áreas mais endêmicas concentradas em municípios localizados a leste na divisa com o Maranhão e a sudoeste na divisa com Mato Grosso. Dentre os 217 municípios, 26 diagnosticaram menos de 10 casos em 2010 (BRASIL, 2011b).

Em 2011, o maior coeficiente de detecção geral de casos novos entre os estados da região norte foi Tocantins, com 70,7/100.000 habitantes, posteriormente Rondônia com 54/100.000 habitantes e o Pará com 50,41/100.000 (BRASIL, 2011). Tais resultados classificam-os como hiperendêmicos conforme OMS.

O município de Belém apresentou 27,3 casos/100 mil habitantes em 2010, considerado parâmetro de endemicidade muito alto. No entanto, observa-se queda significativa no coeficiente geral de detecção (CGD) de 5,1 casos/100 mil habitantes ao ano, nos últimos 10 anos. O CGD em 2010 foi de 46,9 casos/100 mil habitantes e para os menores de 15 anos de 16,5 casos/100 mil habitantes, padrão de elevada magnitude (BRASIL, 2011b).

A precisão do diagnóstico pode ser avaliada por meio da supervisão técnica regular. Se houver qualquer indicação de um número significativo de falsos positivos (*overdiagnosis*), uma amostra dos casos novos deverá ser reavaliada em até três meses após o diagnóstico. A proporção de casos novos incluídos na reavaliação dependerá do número total de casos e dos recursos disponíveis (profissionais e verba). Isso servirá para identificar áreas-problema onde capacitação e supervisão adicionais são necessárias, mas não impedirá o tratamento de forma alguma (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010).

No Distrito Administrativo do Guamá há um comportamento similar do número de casos de hanseníase nas casas famílias ao longo do período estudado, cabendo salientar o CSTF nos anos de 2006 e 2007 onde houve um ligeiro aumento em relação às demais, e a CFPA que apresentou regularidade de notificações. Quanto às unidades básicas de saúde que tem um modelo de atendimento diferente das casas famílias houve uma queda nas notificações dos casos na UMSTF em relação às demais o mesmo se dando em relação à UMSCREM no ano de 2009. Observa-se que conjuntamente, as unidades com maior ocorrência de casos foram: UBSJ e UMSG.

Acredita-se que este resultado deve-se a um trabalho conjunto da gestão dos serviços para garantir que a qualidade do diagnóstico seja monitorada como parte da supervisão técnica regular, pois durante o período estudado observou-se a presença de técnicos da coordenação estadual e municipal conjuntamente realizando supervisão em prontuários em duas unidades de saúde fazendo parte do calendario de supervisão no município.

A intensificação da vigilância epidemiológica nas áreas mais endêmicas e manutenção de ações efetivas naquelas com estabilização da endemia, depende de grande mobilização social, incluindo a vontade política de todos os gestores, compromisso e motivação dos técnicos e o controle social (BRASIL, 2008).

A qualidade do atendimento precisa ser garantida através das ações como a avaliação do grau de incapacidade dos casos no diagnóstico, no distrito estudado a regularidade não significou cobertura desejável. Talvez pela falta de habilidade em realizar a avaliação ou não prioridade da ação em função do próprio tratamento.

A avaliação de incapacidade em portadores de hanseníase precisa ser cada vez mais implementada para que seja alcançada uma proporção de mais de 90% de avaliação dos casos notificados

A melhor prevenção é o diagnóstico no início dos sinais e sintomas, antes que as incapacidades ocorram. A hanseníase pode causar inflamação e engrossamento nos nervos (neurites) que, se não diagnosticadas e tratadas de imediato, levam a deformidades, principalmente na face, mãos e pés (BRASIL, 2010).

Em pesquisa realizada por Alves,(2010) foi constatado que há relação direta entre a duração da doença e o grau de incapacidade pois a maioria (60%) dos pacientes apresentava incapacidade física no momento do diagnóstico; 34% grau I e 26% grau II.

Segundo o Ministério da Saúde (2006), os serviços de saúde devem realizar a avaliação e a determinação do grau de incapacidade dos doentes com hanseníase no momento do diagnóstico, durante o tratamento no mínimo uma vez ao ano e no momento da alta.

A continuidade das avaliações anuais relacionadas a avaliação do grau de incapacidade dos casos de hanseníase curado são predominantes nas unidades municipais de saúde do Jurunas, Condor, Cremação, Terra Firme e Guamá. Enquanto que nas casas famílias existe uma descontinuidade das informações, fazendo com que tanto o ex-paciente como a família deixem de agir conforme as instruções que previnem a doença e permitindo que uma nova ameaça seja apresentada.

Avaliar a qualidade da atenção e do acompanhamento dos casos novos diagnosticados até a completude do tratamento e monitorar o Pacto pela Vida são ações definidas no programa de controle da hanseníase. (BRASIL, 2008).

Para o controle da hanseníase são fundamentais o diagnóstico e o tratamento o mais precocemente possível, para evitar o aparecimento de sequelas e diminuir o tempo de exposição de contatos domiciliares (BRASIL, 2007). E essa descoberta só é

possível se os programas estiverem sendo bem aplicados, levando assistência a população, principalmente os que vivem em áreas propícias ao desenvolvimento da hanseníase.

No Brasil o percentual de alta por cura nas coortes foi de 82,7 % de acordo com o Ministério da Saúde (2012). O Pará tem uma taxa de cura de 80,1% dos casos diagnosticados. No Distrito Administrativo Dagua encontrou-se no período estudado um percentual acima de 90% de alta curado sendo considerado Bom para avaliação de cura na alta.

Segundo o Ministério da Saúde (2010) os critérios de encerramento do tratamento de hanseníase com a Poliquimioterapia (alta por cura) deve ser estabelecido segundo os critérios de regularidade ao tratamento: número de doses e tempo de tratamento, de acordo com cada esquema de tratamento sempre com avaliação neurológica simplificada, avaliação do grau de incapacidade física e orientação para os cuidados pós-alta.

Os problemas de infraestrutura das unidades do bairro da Terra Firme assim como mudanças e reestruturação do espaço físico a redistribuição do pessoal e também novos cadastramento das unidades de saúde daquele bairro parecem influenciar diretamente na qualidade da informação visto que se observaram três serviços cadastrados, mas durante a pesquisa e visita nas unidades do distrito encontrou-se apenas duas unidades a UMSTF e a CFTF. Este fato isolado demonstra claramente que a organização e o planejamento dos serviços estão diretamente relacionados à qualidade da informação que a comunidade dispõe.

Sempre que um paciente PB tiver perdido mais de três meses de tratamento ou um paciente MB, mais de seis meses de tratamento, eles não conseguirão concluir o esquema no tempo máximo permitido e então deverão ser considerados pacientes que prolongaram o tratamento. Isso deverá constar no Registro de Tratamento da Hanseníase sob o tópico "Resultado do Tratamento". Se um paciente retorna depois de ter interrompido o tratamento, deverá ser examinado da mesma forma que se examina um novo paciente, e os achados registrados. Se o paciente que retorna tiver sido, previamente, um caso PB: conte o número de lesões para confirmar a classificação

original. Se a classificação agora for MB (mais de cinco lesões), notifique o paciente como outros reingressos, e não como um caso novo.

Ele será tratado com um ciclo completo de PQT-MB (12 meses). Se a classificação permanecer como PB, notifique o paciente como outros reingressos, e não como um caso novo. Ele será tratado com um ciclo completo de PQT-PB. Se houver sinais de reação (Seção 5.8), trate adequadamente. Se o paciente que retorna tiver sido, previamente, um caso MB: notifique o paciente como outros reingressos, não como um caso novo e nem como recidiva (a recidiva só pode ocorrer depois de concluído um primeiro ciclo completo de PQT). Trate o paciente com um ciclo completo de 12 meses de PQT-MB. Lembre-se de que uma reação pode ser confundida com o retorno da doença. Qualquer paciente que tenha interrompido o tratamento, particularmente aquele que continua comparecendo irregularmente e interrompe o tratamento repetidas vezes, apesar do esforço por parte dos profissionais de saúde, poderá ser encaminhado a uma pessoa mais experiente para que se possa decidir se é necessário tratamento adicional e em que quantidade.

Além da busca ativa, a implementação de um trabalho informativo dirigido aos pacientes do Programa, através de entrevistas individuais, revelou-se eficiente na prevenção do abandono e da irregularidade no tratamento (CLARO, 1993).

Para que não se tenha altas por abandono orientação e informações sobre a importância da regularidade da tomada da medicação são essenciais e assim que uma pessoa falta a uma consulta de PQT, deverão ser tomadas providências para descobrir por que o paciente não compareceu ao serviço e, se necessário, para lembrar o paciente da importância de fazer o tratamento com regularidade e de terminar o ciclo completo da PQT. Se isso mostrar-se insuficiente, uma visita domiciliar por um agente comunitário de saúde o deverá ser agendada para descobrir por que o paciente parou de comparecer ao serviço e, se necessário, para motivá-lo a retomar o tratamento. A visita domiciliar deverá ser realizada preferencialmente dentro de um mês da data do primeiro não-comparecimento. Se a pessoa tem dificuldade em comparecer ao serviço, poderá ser útil providenciar a dispensação de vários blisteres de uma única vez para que as visitas à clínica possam ser menos frequentes. Nesses casos, é recomendável

envolver outra pessoa responsável para supervisionar o tratamento (um voluntário da comunidade, um membro da família ou vizinho) para ajudar o paciente a continuá-lo adequadamente em casa (isso é chamado de PQT Acompanhada ou PQT-A). Os pacientes também devem ser orientados a comparecer ao serviço em caso de alguma intercorrência (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010).

Segundo Trindade *et al* (2009) O abandono do tratamento contra a hanseníase sempre gerou preocupações, já que pode implicar em manutenção da cadeia de transmissão, surgimento de incapacidades físicas e resistência à poliquimioterapia (PQT), colocando, além do doente, outras pessoas em risco.

Existem diversos motivos pelos quais alguém pode não comparecer ao serviço regularmente, tais como a acessibilidade ruim (ele pode estar situado em local distante ou o percurso até lá pode ser difícil; o horário de funcionamento inconveniente); dificuldade de se ausentar do trabalho ou estilo de vida tipo nômade; falta de compreensão sobre a doença e sobre a importância do tratamento regular; estigma, geralmente alimentado por atitudes negativas e medo da comunidade; relacionamento ruim com o profissional de saúde.

Para a prevenção do abandono e recuperação de pacientes não-aderentes ao tratamento da hanseníase Claro (1993) destaca como estratégias de busca ativa, a visita domiciliar envolvendo a equipe multiprofissional bem como a organização do sistema de informação do programa, a disponibilidade e treinamento de profissionais para o manuseio e o controle cotidiano dos arquivos além de apoio técnico e material proporcionado pela coordenação do programa a nível municipal.

A situação encontrada relacionada a contatos examinados reflete a descontinuidade da vigilância. Demonstrando claramente a necessidade de investimento quanto à busca ativa através de estratégias, como chamadas através de correios e visita domiciliar para garantir a vigilância e detecção precoce de casos novos.

As medidas de vigilância são voltadas ao aumento do percentual de exame de contatos que no município de Belém em 2010 foi precário, com 51,9%. (BRASIL, 2011b).

Segundo Ferreira (2012) a vigilância dos contatos na UMS Guamá foi predominantemente passiva, visto que a demora do exame pode corroborar para detecção tardia de casos com deformidade instalada, pois a vigilância é eficaz, quando a partir do diagnóstico de um caso novo, o profissional de saúde lista o quantitativo de contatos existentes

(registrados), agenda para o exame dos mesmos e realiza-se mobilização com estratégias de buscas. Ressalta-se que o profissional de saúde tem exatamente o tempo de tratamento do usuário na UMS, que é no mínimo de 6 meses (PB) e de 12 meses (MB) para sensibilizá-los e examiná-los, pela facilidade dos encontros mensais. Após alta deste usuário a comunicação com o contato será mais difícil.

De acordo com Ferreira *et al* (2009) no estado de Tocantins, os dados dos últimos dez anos demonstram a baixa proporção de contatos examinados de pacientes com hanseníase (comportamento constante), sendo este indicador considerado de grande relevância no nível de transmissão da doença.

Na avaliação realizada com os profissionais de saúde no Distrito Dagua, observou-se que o número de profissionais que responderam ao questionário nas unidades não correspondem a 100% dos RH que desenvolvem a assistência na unidade. Acredita-se que isso aconteça, pelo fato que as ações de controle da hanseníase não são desenvolvidas por todos os profissionais das unidades, ou seja, o serviço está concentrado em profissionais pontuais em unidades como a UMS do Guamá, Condor, Jurunas, Cremação sendo então a distribuição dos profissionais heterogênea e não corresponde a capacidade do serviço.

Entre os profissionais do distrito dagua capacitados a segurança em realizar diagnóstico e tratamento é diretamente proporcional a idade tempo de serviço e numero de capacitações diferente dos estudos de Ferreira (2009) o qual encontrou que o impacto das capacitações a respeito da melhora da aptidão em diagnosticar e tratar a hanseníase e tratar complicações foi limitado .Que o maior benefício das capacitações foi observado na melhora da aptidão do tratamento da hanseníase nos enfermeiros e no diagnóstico da hanseníase nos médicos.

A atitude do profissional que busca reconhecer as necessidades de ações de saúde relacionadas ao diagnóstico precoce, ou à redução de risco, ilustra um sentido da integralidade. Seja qual for a temática na qual o sentido da integralidade incide (políticas de saúde, organização dos serviços ou sobre as práticas), o que há em comum é a preocupação de discernir de um modo abrangente as necessidades dos usuários desses serviços, buscando gerar e aproveitar as oportunidades de aplicação

das técnicas de prevenção, e, além disso, levar em conta as necessidades que não se reduzem à prevenção e ao controle das doenças (MATTOS, 2006).

A consulta de enfermagem constitui-se e utiliza-se das fases propostas no processo de enfermagem, compreendendo cinco fases, sendo elas o histórico, exame físico, diagnóstico, prescrição e evolução de enfermagem. Tal prática é uma atividade independente, realizada pelo enfermeiro, objetivando propiciar condições para melhoria da qualidade de vida por meio de uma abordagem contextualizada e participativa, Resolução (COFEN, 2002).

6 CONCLUSÃO

A perspectiva de alcançar uma qualidade na assistência ao usuário em controle da hanseníase no distrito da água pode ser vista no contexto dos coeficientes de detecção geral, coeficientes de altas por cura, altas por abandono, coeficientes de pacientes com grau de incapacidade física avaliado no diagnóstico e na alta e, principalmente nos coeficientes de exames de contatos intradomiciliares.

Tendo como base o coeficiente de detecção que é o indicador que mede a força da morbidade utilizado por todos os países membros da OMS, observa-se que o Distrito da água encontra-se aquém dos padrões para o controle da doença porque o coeficiente de detecção de casos nos anos alcançados neste período foi de 22,6 a 39,7 casos de hanseníase por 100.000 habitantes obtendo coeficientes de detecção muito alto, chamando atenção para duas unidades de saúde a unidades de Saúde do Jurunas e a do Guamá, este coeficiente de detecção que é o indicador de transmissibilidade da hanseníase não diminuiu durante os cinco anos do estudo, mostrando que ainda existe uma importante circulação de bacilos e um número significativo de adoecimento por hanseníase no distrito. Portanto, as ações e serviços devem ser uma constante preocupação relacionada a organização do sistema de informação, a implementação na capacidade de diagnóstico, acompanhamento controle e avaliação dos serviços.

Neste estudo, a proporção de cura de hanseníase entre os casos novos diagnosticados foi considerado bom, porém o comportamento das unidades variaram chegando a ser precário em algumas unidades no ano de 2010

Observou-se que durante o período de 2005 a 2010 no Distrito Dagua a avaliação de incapacidade no momento do diagnóstico foi regular (81,3%) levando-se em consideração o total dos casos notificados, porém, evidenciou-se uma precariedade na avaliação do grau de incapacidade dos casos curados em todo o período do estudo havendo uma exceção na CFRD em dois anos consecutivos com 100% dos casos sendo avaliados quanto a incapacidade física na alta, mas não causou impacto nos indicadores do distrito.

Um indicador que mede a qualidade com que programa de controle da hanseníase esta sendo operacionalizado é a realização de exames de contatos intradomiciliares, nas unidades do Distrito Dagua que foi considerado precário, isto é preocupante, pois não havia continuidade nos registros sendo ausente em determinados períodos.

Apesar de alguns indicadores serem preocupantes o abandono de tratamento nas unidades do Distrito Dagua se manteve estável com percentuais abaixo de 10% em (6) seis das onze unidades, nos demais anos os indicadores apontam para uma classificação como regular, principalmente nas unidades do bairro da Terra Firme sendo que em uma delas encontrou-se um percentual de 100% dos casos em abandono considerado precário, contribuindo assim para elevação dos percentuais de alta por abandono no Distrito Dagua.

No que diz respeito aos profissionais que desenvolvem as ações de controle da hanseníase são na maioria do sexo feminino com mais de 40 anos, enfermeiras e estão no serviço a um tempo variado com mais de 20 anos e se consideram aptos a identificar os sinais clínicos da hanseníase. Entre os que participaram da pesquisa a maioria fez parte de treinamentos a menos de 2 anos com carga horária de 20 h a mais envolvendo conteúdo teórico-prático e assuntos relacionados a diagnóstico, tratamento, controle e avaliação além de prevenção de incapacidade entre outros citados. Tais resultados apontam para uma boa cobertura de treinamento entre os profissionais das unidades que fazem o atendimento, porém não descarta a carencia de profissionais, em um bairro muito populoso.

É importante atentar que o plano de eliminação da hanseníase, no Brasil, está fundamentado estruturalmente em uma proposta de ampliação da rede de diagnóstico e atenção à pessoa atingida pela hanseníase, mediante a descentralização das

atividades para os serviços de atenção básica e a implementação de equipes da Estratégia Saúde da Família (PSF).

Portanto com base nas informações obtidas temos a considerar que o controle da hanseníase como problema de saúde pública no Distrito Dagua em Belém requer medidas adicionais de vigilância epidemiológica, além daquelas que atualmente vêm sendo utilizadas. Conclui-se que o Programa de Controle da Hanseníase precisa intensificar as capacitações nas necessidades reais dos profissionais de saúde e no atendimento aos pacientes de hanseníase, com reestruturação do cronogramas das capacitações sendo necessário melhorar a infraestrutura ,rede de serviço de controle de hanseníase, implementar e discutir a política de recursos humanos no SUS, bem como estimular integração efetiva entre ensino e serviços com a inclusão nos currículos de conteúdos que implementem a atuação dos profissionais no sistema de saúde para que se consiga dar apoio as ações e serviços no que diz respeito a promoção e ,vigilância em saúde .

Os esforços do estado e dos distritos de saúde através da atenção primária de Saúde devem ser mantidos e aprimorados principalmente naquelas regiões onde os coeficientes de detecção ainda persistem com parâmetros de endemicidade altos e médios e também porque os casos da doença continuarão a ocorrer em números apreciáveis, durante muitos anos, mesmo após o alcance da meta de eliminação.

REFERÊNCIAS

AGUILAR, J. M.; ANDER-EGG, E. **Avaliação de Serviços e Programas Sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

ANDRADE, V.L.G. 1996. Evolução da Hanseníase no Brasil e Perspectivas para sua Eliminação como um Problema de Saúde Pública. Tese de Doutorado em Saúde Pública, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz

ANDREAZZI, A. L. J. et al. **Hanseníase**: avaliação da sensibilidade com os monofilamentos de Semmes Weinstein. [2007 Disponível em: <<http://www.unisalesiano.edu.br/encontro2007/trabalho/aceitos/CC33717473875.pdf>>. Acesso em: 17 set. 2013.

BAKIRTZIEF, Z. Identificando barreiras para aderência ao tratamento de hanseníase. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, n. 12, v. 4, p. 497-505, out./dez., 1996. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/prevencao/temas.Conceito>>. Acesso em: 20 set. 2013

BELÉM. Prefeitura municipal. **Anuário estatístico do município de Belém**: 2012. Belém: Secretaria Municipal de Coordenação Geral de Planejamento e Gestão, 2012. v. 17.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 816/GM de 26 de Julho de 2000. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, p. 26, Seção 1 de 27 de julho de 2000.

_____. Portaria nº 1101/GM, Parâmetros Assistenciais do SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, 12 de junho de 2002.

_____. Fundação Nacional de Saúde. Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde: documento base - documento I/Fundação Nacional de Saúde - Brasília: Funasa, 2007. 70 p. : il.

_____. Portaria nº 648 de 28 de março 2006. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. 28 de março de 2006. Disponível em: < <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm> >. Acesso em: 1 out. 2013.

_____. Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. 24 de janeiro de 2008. Disponível em: < http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf >. Acesso em: 1 out. 2013.

_____. Resolução COFEN nº 272/2002, de 27 de agosto de 2002. **Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE – nas instituições de saúde brasileira**. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Enfermagem, 2002. Disponível em:

<<http://www.portalcofen.com.br/2007/materias.asp?ArticleID=7100§ionID=34>>. Acesso em: 4 jul. 2004.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em saúde: dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose.** Brasília, DF: MS, 2007. 196 p. (Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, 21. Serie A).

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia para controle da hanseníase.** Brasília, DF: MS, 2002.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Como ajudar no controle da hanseníase?** Brasília, DF: MS, 2008. (Serie Comunicação e Educação em Saúde).

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Plano integrado de ações estratégicas: de Eliminação da Hanseníase, Filariose, Esquistossomose e Oncocercose como Problema de Saúde Pública, Tracoma como causa de Cegueira e controle das Geohelmintíases: Plano de ação 2011-2015.** Brasília, DF: MS, 2012.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação.** Brasília, DF: MS, 2011a.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Relatório de gestão do Programa Nacional de Controle da Hanseníase – PNCH: maio de 2007 a dezembro de 2008.** Brasília, DF: MS, 2009.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Situação epidemiológica da hanseníase no Brasil.** Brasília, DF: MS, 2008. (Programa Nacional de Controle da Hanseníase. Vigilância em Saúde).

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Hanseníase e Direitos Humanos: Direitos e Deveres dos Usuários do SUS.** Brasília, DF: MS, 2008.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. **Relatório de situação: Pará.** Brasília, DF: MS, 2011b.

_____. Secretaria Executiva. **Mais saúde: direito de todos: 2008 – 2011.** 2. ed. Brasília, DF: MS, 2008. 100 p. il. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

_____. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária. **Controle de hanseníase: uma proposta de integração ensino-serviço.** Rio de Janeiro: DNDS/NUTES, 1989.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Plano nacional de eliminação da hanseníase em nível municipal 2006-2010**. Brasília, DF: MS, 2006. (Programa nacional de eliminação da hanseníase).

_____. **Portaria nº 585/MS**, de 06 de abril de 2004. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, n. 68, 8 abril de 2004.

_____. Portaria n. 325 de 21 de fevereiro de 2008. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, 21 de fevereiro de 2008.

_____. Portaria Nº. 125/SVS-SAS, de 26 de Março de 2009. Define ações de controle da hanseníase. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, n. 59, sexta-feira, 27 de março de 2009.

_____. Portaria Nº. 3125/SVS-SAS, de 07 de Outubro de 2010. Define ações de controle da hanseníase. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, n. 59, sexta-feira, 15 de Outubro de 2010.

CLARO, L. B. L. **Hanseníase**: representações sobre a doença. Estudo em População de Pacientes Ambulatoriais no Rio de Janeiro. 1993. Tese (Mestrado)– Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1993.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. A Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. p. 29-47.

FARIAS, G. B. L. **Cidades, vulnerabilidade e adaptação às mudanças climáticas**: um estudo na Região Metropolitana de Belém. 2012. 89 f. Dissertação (Mestrado)– Universidade Federal do Pará, Núcleo de Altos Estudos Amazônicos, Belém, 2012.

FARIAS, P. E. et al. **Hanseníase**: a vigilância dos contatos no município de Belém na perspectiva dos profissionais de saúde e usuários. Fortaleza: MS, 2009. (Relatório da Pesquisa Operacional).

FELICIANO, K. V. O.; KOVACS, M. H. Hanseníase, estigma e invisibilidade. **Saúde em Debate**, Londrina, N. 52, P. 42-49, set.,1996.

FERREIRA, A. C. et al. Conhecimentos e Condutas Práticas dos Profissionais de Saúde da Atenção Primária a respeito da Hanseníase no Estado do Tocantins, Brasil. **Ca d . S a ú d e C o l e t .**, Rio de Janeiro , n. 17, v. 1, p. 39-50, 2009.

FERREIRA, S. M. B.; IGNOTTI, E.; GAMBA, M. A. Fatores associados à recidiva em hanseníase em Mato Grosso. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, n. 4, p.

756-764, ago. 2011.

FERREIRA, A. M. R. **Eficácia da vigilância dos contatos de portadores de hanseníase no serviço de atenção primária à saúde**. 2012. 100 f. Tese (Doutorado)– Universidade Federal do Pará, Instituto de Ciências biológicas, Programa de Pós-Graduação em Biologia de Agentes Infecciosos e Parasitários, Belém, 2012.

GROSSI, M. A. F. O controle da hanseníase no Brasil exige consolidação do processo de construção de redes integradas de atenção à saúde. **Cad Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, n. 17, v. 1, p. 7-11, 2009.

HARRINSON. **Medicina Interna**. 14. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988.

HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. (Org.). **Avaliação em saúde**: dos modelos teóricos á pratica na avaliação de programas e sistemas de Saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fio cruz, 2005.

JOPLING, W. H.; MCDUGALL, A. C. **Manual de hanseníase**. 4. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 1991. (Série doenças transmissíveis. Infectologia).

JUNQUEIRA, T. B.; OLIVEIRA, H. P. Lepra/Hanseníase – passado – presente. **Ciência, Cuidado e Saúde Maringá**, n. 2, v. 1, p. 263-266, jul./dez. 2002.

LINDOSO, J. A. L.; LINDOSO, A. A. B. P. Doenças tropicais negligenciadas no Brasil. **Rev. Inst. Med. trop. S. Paulo**, n. 5, v. 51, p. 247-253, 2009. Disponível em: <scielo.br/cgi-bin/wxis.exec>. Acesso em: out. 2010.

MAIA, Pedro Holanda. **Desenvolvimento, cidades e urbanização**: uma visão contemporânea sob o paradigma da sustentabilidade, face à globalização: o caso de Belém (PA) no Brasil. 2006. 55 f. Monografia (Especialização) - Universidade Federal do Pará, Núcleo de Altos Estudos Amazônicos, Belém, 2006.

MALCHER, J. J. S. et al. **Hanseníase no Pará**: Fatores que interferem na manutenção dos elevados coeficientes de detecção. Belém, PA .2009. (Pesquisa Operacional).Disponível em http://www.aifobrasil.org.br/HANSENIASE_NO_PARA_%20RESUMO_EXECUTIVO.pdf

MARGARIDO-MARCHESE, L.; TEDESCO-MARCHESE, A. J.; RIVITTI, E. A. Hanseníase. In: VERONESI, R.; FOCACCIA, R. (Ed.). **Veronesi**: tratado de infectologia. 2. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2004. p. 736-760.

MATTOS, R. A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ; IMS; ABRASCO, 2006.

MEDINA,G.M. et all. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde:Aspectos conceituais e operacionais In: HARTZ, ZMA; SILVA, L. M. V (Org.). **Avaliação em saúde**: dos modelos teóricos á pratica na Avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador, BA: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2005. p. 41-63.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2009.

MOREIRA, Tadiana Maria Alves. **Estudo de caso da avaliação da descentralização das ações programáticas de hanseníase** . [Doutorado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2002. 184 p.

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

_____.REDE Integral de Informação para a Saúde. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil**: conceitos e aplicações. 2. ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 349 p. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf> >. Acesso em: 1 out. 2013.

SESMA. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Coordenação Municipal de Hanseníase** . Belem, PA: MS, 2008.

SILVA, L. M. V. Conceitos, Abordagens e Estratégias para a Avaliação em Saúde. In: HARTZ, ZMA; SILVA, L. M. V (Org.). **Avaliação em saúde**: dos modelos teóricos á pratica na Avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador, BA: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2005. p. 15-39.

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

VASCONCELOS, E. M. Redefinindo as práticas de Saúde a partir de experiências de Educação Popular nos serviços de saúde. Interface - Comunic, Saúde, Educ 8.Debates 2001.disponivel <http://www.scielo.br/pdf/icse/v5n8/09.pdf>

ANEXOS

- 1- AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO PARA PESQUISA
- 2- PARECER DO COMITE DE ÉTICA E PESQUISA
- 3- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO–Coord.municipal
- 4- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO-Direção da unidade
- 5- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO-Profissional de Saúde
- 6- QUESTIONARIO DE ENTREVISTA DOS PROFISSIONAIS
- 7- IMPRESSOS 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, UTILIZADOS PARA NOTIFICAÇÃO, MONITORAMENTO E CONTROLE DA HANSENÍASE.

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA PARTICIPAÇÃO NO PROJETO

O Sr (a) esta sendo convidado para participar da pesquisa “**AValiação Operacional do Programa de Controle da Hanseníase nas Unidades de Saúde do Distrito D’água no Município Belém-PA**” o processo de seleção foi realizado levando-se em consideração que você trabalha em uma unidade de saúde que faz parte do distrito D’água o qual foi selecionado para pesquisa por ser um dos distritos de maior população do município de Belém, possuir um grande numero de casos de Hanseníase notificados e desenvolver atividades que visem o controle da doença.

Objetivo da Pesquisa: Avaliar a qualidade da assistência prestada pelo programa de controle da hanseníase segundo criterios estabelecidos pelo Ministério da Saúde nas unidades de saúde do Distrito do Guama - DAGUA , município de Belém- PA . pois a eliminação da doença no país é um desafio para a realidade atual , com necessidade de uma grande mobilização nacional com acompanhamento das ações e serviços . Então estamos nos propondo a discutir esta questão através de uma pesquisa no qual você terá participação importante.

Participação: Sua participação consiste em aceitar participar da pesquisa concordando em responder um questionário que trata do perfil e qualificação dos profissionais que prestam assistencia no controle de Hanseníase; são perguntas diretas relacionadas ao(s) treinamentos e sobre os seus dados demograficos . A aceitação em participar do estudo é de sua livre e espontânea vontade, podendo interromper a entrevista ou qualquer procedimento a qualquer momento, não lhe causando nenhum problema com a instituição ou com a pesquisadora que está realizando o estudo.

Riscos: Os riscos serão mínimos para a instituição e para a integridade física e mental dos participantes.

Benefícios: As informações obtidas permitirão melhorar a qualidade do atendimento a portadores de Hanseníase.

Privacidade: Os dados serão confidenciais enquanto os resultados coletivos – onde não são citadas as unidades – serão utilizadas em benefício da comunidade.

Contato com os pesquisadores: Estaremos à disposição para esclarecer dúvidas e prestar maiores informações, caso seja necessário através do telefone 91-32740320 e 8272-4527 Ou 8884-2180

Belém, _____ de _____ 2012.

ASSINATURA DA PESQUISADORA RESPONSÁVEL

Nome :Hilma Solange Lopes Souza Endereço: R. Roso Danin 891 Canudos Cep: 61070-410Telefone residencial: 3274-0320 Comercial: 32491013 ou 3201-8563

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO Declaro que li as informações acima sobre a pesquisa, e me sinto perfeitamente esclarecido sobre a mesma, assim como os seus riscos e benefícios. Declaro ainda que por minha livre vontade aceito participar da pesquisa cooperando com a coleta de dados.

Belém, _____ de _____ 2012 Assinatura do Participante

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA PARTICIPAÇÃO NO PROJETO

A Unidade de Saúde da..... esta sendo convidado para participar da pesquisa Intitulada “**AVALIAÇÃO OPERACIONAL DO PROGRAMA DE CONTROLE DA HANSENIASE NAS UNIDADES DE SAÚDE DO DISTRITO DÁGUA NO MUNICÍPIO BELÉM-PA** ” o processo de seleção foi realizado levando-se em consideração o contexto na qual estão inseridas, entre esses, serem unidades de campo de pratica da comunidade universitária, estarem localizadas no DISTRITO DAGUA NO MUNICIPIO DE BELÉM um dos distritos mais populosos e que possuem um grande numero de casos de Hanseníase notificados.

Objetivo da Pesquisa: Avaliar a qualidade da assistência prestada pelo programa de controle da hanseníase segundo criterios estabelecidos pelo Ministério da Saúde nas unidades de saúde do Distrito do Guama-DAGUA ,município de Belém-PA , pois a eliminação da doença no país é um desafio para a realidade atual, então estamos nos propondo a discutir esta questão através de uma pesquisa no qual a participação da unidade é importante.

Participação: Consiste em permitir o manuseio com prontuários e livros de registros de pacientes matriculados no programa de hanseníase da unidade e que estejam no registro ativo. A busca nos registros e prontuários será realizada em dias e horas previamente agendado em conjunto com a direção. Será utilizado instrumentos com roteiro sistematizado para levantamento de dados e endereço de pacientes com a finalidade de realizar o georeferenciamento dos casos de hanseníase na area de abrangência da unidade.Com relação aos profissionais será realizado entrevistas com roteiro sistematizado para descrever o perfil dos profissionais que atuam no programa quanto à profissão, capacitação na área e os dados demográficos.

A aceitação em participar do estudo é de sua livre e espontânea vontade, podendo interromper a entrevista ou qualquer procedimento a qualquer momento, não lhe causando nenhum problema com a instituição ou com a pesquisadora que está realizando o estudo.

Riscos: Os riscos serão mínimos para a instituição e para a integridade física e mental dos participantes.

Benefícios: As informações obtidas permitirão melhorar a qualidade do atendimento a portadores de Hanseníase.

Privacidade: Os dados serão confidenciais enquanto os resultados coletivos – onde não são citadas as unidades – serão utilizadas em benefício da comunidade.

Contato com os pesquisadores: Estaremos à disposição para esclarecer dúvidas e prestar maiores informações, caso seja necessário através do telefone 91-32740320 e 8272-4527 Ou 8884-2180 Belém, , de 2011.

Hilma Solange Lopes Souza Endereço: R. roso Danin 891 Canudos Cep: 61070-410Telefone residencial: 3274-0320 Comercial: 32491013 ou 3201-8563

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que li as informações acima sobre a pesquisa, e me sinto perfeitamente esclarecido sobre a mesma, assim como os seus riscos e benefícios. Declaro ainda que por minha livre vontade aceito participar da pesquisa cooperando com a coleta de dados.

Belém, de 2012

ANEXO 3 Assinatura do Participante da pesquisa

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA PARTICIPAÇÃO NO PROJETO

A Coordenação de Hanseníase esta sendo convidado para participar da pesquisa Intitulada “**AVALIAÇÃO OPERACIONAL DO PROGRAMA DE CONTROLE DA HANSENIASE NAS UNIDADES DE SAÚDE DO DISTRITO DÁGUA NO MUNICÍPIO BELÉM-PA** . A seleção foi realizado levando-se em consideração que a Coordenação municipal possui um sistema de informação atualizado no acompanhamento dos casos de Hanseníase, necessaria para realização da pesquisa.

Objetivo da Pesquisa: Avaliar a qualidade da assistência prestada pelo programa de controle da hanseníase segundo criterios estabelecidos pelo Ministério da Saúde nas unidades de saúde do Distrito do Guama -DAGUA , município de Belém-PA , pois a eliminação da doença no país é um desafio para a realidade atual , com necessidade de uma grande mobilização nacional com acompanhamento das ações e serviços priorizando estratégias importantes no campo da garantia da qualidade. Buscaremos Identificar no Distrito DAGUA por unidade a proporção de cura de hanseníase entre os casos novos diagnosticados no ano da pesquisa; Conhecer a proporção de casos novos de hanseníase com o grau de incapacidade física avaliado no diagnóstico e na alta;Calcular a proporção de casos curados no ano com grau de incapacidade física avaliado;Verificar a proporção de contatos intra domiciliares registrados com os avaliados e e a proporção de casos de hanseníase em abandono de tratamento entre os casos novos diagnosticados no ano de 2005 a 2010 para ao final apresentar um georeferenciamento dos casos no Distrito DAGUA.

Participação: A participação consiste em permitir o acesso as informações atualizadas dos casos de hanseníase por unidade no Distrito DAGUA

Riscos: Os riscos serão mínimos para a instituição e para a integridade física e mental dos participantes.

Benefícios: As informações obtidas permitirão melhorar a qualidade do atendimento a portadores de Hanseníase.

Privacidade: Os dados serão confidenciais enquanto os resultados coletivos – onde não são citadas as unidades – serão utilizadas em benefício da comunidade.

Contato com os pesquisadores: Estaremos à disposição para esclarecer dúvidas e prestar maiores informações, caso seja necessário através do telefone 91-32740320 e 8272-4527 Ou 8889-2180

Belém, , de 2012.

Hilma Solange Lopes Souza Endereço: R. roso Danin 891 Canudos Cep: 61070-410Telefone residencial: 3274-0320 Comercial: 32491013 ou 3201-8563

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que li as informações acima sobre a pesquisa, e me sinto perfeitamente esclarecido sobre a mesma, assim como os seus riscos e benefícios. Declaro ainda que por minha livre vontade aceito participar da pesquisa cooperando com a coleta de dados.

Belém, de 2012

Assinatura do Participante da pesquisa