

Avaliação da implantação do Programa de Controle da Hanseníase em Camaragibe, Pernambuco*

doi: 10.5123/S1679-49742017000400013

Assessment of the implementation of the Leprosy Control Program in Camaragibe, Pernambuco State, Brazil

Evaluación de la Implementación del Programa de Control de Hanseniasis en Camaragibe, Pernambuco, Brasil

Monique Feitosa de Souza¹

Lygia Carmen de Moraes Vanderlei²

Paulo Germano de Frias²

¹Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Diretoria de Vigilância à Saúde, Recife-PE, Brasil

²Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, Diretoria de Ensino, Recife-PE, Brasil

Resumo

Objetivo: avaliar a implantação das ações do Programa de Controle da Hanseníase no município de Camaragibe, Pernambuco, Brasil. **Métodos:** pesquisa avaliativa de tipo 'análise de implantação', baseada em critérios, indicadores e parâmetros orientados pela construção do Modelo Lógico; analisaram-se quatro componentes – gestão, assistência à saúde, vigilância epidemiológica, educação em saúde e comunicação. Utilizou-se observação direta/questionário e dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação. **Resultados:** o grau de implantação do programa foi incipiente (58,3%); a estimativa para os componentes variou entre 'não implantado' (educação em saúde e comunicação, 48,0%), 'incipiente' (gestão, 53,3%; assistência à saúde, 57,2%) e 'parcialmente implantado' (vigilância epidemiológica, 73,0%); para 2012, observou-se baixa proporção de contatos examinados (28,4%), abandono de tratamento (34,1%), limitada uniformização do fluxo de atendimento aos pacientes e deficiente resolução dos entraves pela gestão. **Conclusão:** o grau de implantação encontrado relacionou-se à organização dos serviços, com repercussões negativas sobre os indicadores de resultado.

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

*Artigo originado de dissertação de Mestrado Profissional em Avaliação em Saúde, intitulada 'Avaliação da Implantação do Programa de Controle da Hanseníase em Camaragibe, Pernambuco', defendida por Monique Feitosa de Souza junto ao Programa de Pós-Graduação em Avaliação em Saúde do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), em 2014.

Endereço para correspondência:

Monique Feitosa de Souza – Rua Doutor Luiz Ribeiro Bastos, nº 68, Poço da Panela, Recife-PE, Brasil. CEP: 52060-490

E-mail: monique_fsouza@hotmail.com

Introdução

A hanseníase, doença infectocontagiosa milenar de evolução crônica, tem como característica o acometimento de pele e dos nervos periféricos, levando a deformidades e a incapacidade física permanente, relacionadas ao diagnóstico tardio.¹

Atualmente, os esforços pela eliminação da hanseníase concentram-se nos bolsões de alta endemicidade, situados em áreas da Índia, Brasil, Indonésia, Congo, Nepal, Tanzânia, Filipinas, Madagascar e Moçambique, onde a doença permanece como importante problema de Saúde Pública.² Índia e Brasil se mantêm, respectivamente, como o primeiro e segundo países em incidência de hanseníase.²

Nas Américas, o Brasil é o país que mais contribui com a carga da doença, que permanece com elevada magnitude nas grandes regiões Norte e Centro-Oeste e em áreas metropolitanas do Nordeste do país.³

No estado de Pernambuco, em 2012, ficou evidenciada média endemicidade na prevalência (entre 4,9 a 1,0/10 mil habitantes), taxa de detecção geral muito alta (entre 20,0 a 39,9/100 mil habitantes), e entre menores de 15 anos de idade, hiperendemicidade (valores superiores a 10,0/100 mil habitantes) segundo parâmetros da Organização Mundial da Saúde (OMS).⁴

Índia e Brasil se mantêm, respectivamente, como o primeiro e segundo países em incidência de hanseníase.

Esses indicadores apontam para um intenso processo de transmissão e expansão da doença, que apresenta casos notificados em quase todos os municípios pernambucanos, com maior concentração na Região Metropolitana do Recife, a exemplo do município de Camaragibe: com taxa de detecção geral muito alta, entre 20,00 e 39,99/100 mil habitantes em 2008, esse município mostra-se como um dos mais endêmicos do estado.⁴

A utilização da poliquimioterapia no tratamento dos doentes, a estratégia de eliminação da doença nos países endêmicos para menos de um caso por 10 mil habitantes e a descentralização das ações de controle da hanseníase (ACH) para a atenção básica em saúde representaram progressos nas políticas públicas de

controle da doença, em todo o mundo. No Brasil, a incorporação das ACH pela Estratégia Saúde da Família ocorreu em 1998 e representou uma importante diretriz, adotada pelo Programa Nacional de Controle da Hanseníase, para a diminuição da carga da doença e quebra da cadeia de transmissão na população.⁵

Apesar dos esforços e avanços alcançados, existem obstáculos de ordem técnica, administrativa e operacional no desenvolvimento das ACH que interferem no processo de descentralização dessas ações, entre eles a fragilidade de instrumentos de avaliação apropriados e de análise sistemática na rotina dos serviços, especialmente no âmbito municipal, com forte impacto sobre a efetividade do programa.⁶⁻⁸ Estudos avaliativos contribuem no aperfeiçoamento das intervenções, constituindo-se em ferramenta de gestão que favorece a organização dos serviços e o diálogo da clínica com a gestão, viabilizando a institucionalização da prática avaliativa.⁹

O objetivo do presente estudo foi avaliar a implantação das ações do Programa de Controle da Hanseníase no município Camaragibe, estado de Pernambuco, Brasil, em 2013.

Métodos

Delineamento

Pesquisa avaliativa, de tipo 'análise de implantação' em seu segundo componente, referente à influência do grau de implantação da intervenção sobre os efeitos observados.⁹ Adicionalmente, foi realizada uma avaliação normativa em 2013, para comparar os critérios e normas do Programa Nacional de Controle da Hanseníase ao observado no local do estudo. A estratégia de investigação foi o estudo de caso único, por possibilitar a observação de comportamentos e processos organizacionais em vários níveis,¹⁰ sendo o município de Camaragibe a unidade de análise e o caso o Programa Municipal de Controle da Hanseníase (PMCH).

Contexto

Camaragibe se localiza na zona Oeste da Região Metropolitana do Recife, com área territorial de 52,09 km², densidade demográfica de 2.654 hab/km² e população estimada, para o ano de 2012, de 146.847 habitantes. O município dispõe de 29 bairros, agrupados em cinco regiões político-administrativas.¹¹ O Programa Municipal de Controle da Hanseníase (PMCH) de Camaragibe é

desenvolvido na rede de atenção à saúde, por meio da Atenção Básica, composta por 42 equipes de Saúde da Família distribuídas em 40 unidades de Saúde da Família, além de uma equipe do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e uma unidade de referência, esta excluída do estudo por não desenvolver ações do programa durante o período investigado.

Etapas do processo avaliativo

A avaliação foi desenvolvida em quatro etapas, conforme delineado a seguir:

Etapa 1 – Construção do Modelo Lógico do PMCH

O Modelo Lógico do PMCH pretende explicitar a complexa relação entre a estrutura, o processo e o resultado, e permite verificar a diferença entre a intervenção prevista das ACH e a realidade empírica. O programa foi estruturado em conformidade com as áreas estratégicas (componentes) do Programa Nacional: assistência à saúde; vigilância epidemiológica; gestão; e educação em saúde e comunicação. Estas áreas estratégicas foram desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família, no nível gerencial da Secretaria Municipal de Saúde de Camaragibe. Para sua elaboração, foram utilizados documentos do Ministério da Saúde: Normas e Portarias (Portaria nº 3.125, de 07/10/2010, que aprova as diretrizes para a vigilância, atenção e controle da hanseníase; e Portaria nº 594, de 29/10/2010, que classifica o serviço de atenção integral em hanseníase em nível I, II e III, de acordo com a infraestrutura, competências, equipamentos e equipe mínima); Manuais Técnicos (Guia para o Controle da Hanseníase, 2002; Cadernos de Atenção Básica da Vigilância em Saúde – Hanseníase, 2.ed., 2008); e Relatório de Gestão da Coordenação-Geral do Programa Nacional de Controle da Hanseníase, 2011.¹² A necessidade de se utilizar documentos institucionais do Ministério da Saúde deve-se ao fato de os programas municipais adotarem as diretrizes e atividades definidas, preconizadas e validadas no âmbito federal, competindo aos municípios sua execução. A Figura 1 apresenta o Modelo Lógico do PMCH, discriminando as atividades e resultados previstos para cada um dos quatro componentes citados.

Etapa 2 – Elaboração da matriz de medidas e julgamento

O Modelo Lógico subsidiou a elaboração das perguntas avaliativas que compuseram a matriz de

medidas e julgamento. A Figura 2 apresenta, para cada um dos componentes do PMCH, (i) indicadores das dimensões de estrutura, processo e resultado, (ii) parâmetros adotados para o julgamento e (iii) fontes dos dados especificadas por indicador. Os parâmetros foram definidos com base em documentos institucionais ou encontrados na literatura e, quando inexistentes, arbitrados pelos pesquisadores. A valoração de cada indicador selecionado considerou seu grau de importância em uma escala de zero a 2, baseada em estudo prévio.⁸

Coleta dos dados

Os indicadores elencados na matriz constaram da coleta de (i) dados primários, via observação direta não participante, mediante roteiro, e da (ii) aplicação de questionário junto aos profissionais responsáveis pela coordenação do programa (1), da vigilância epidemiológica (1) e da assistência – médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde (ACS) (78), totalizando 80 profissionais inquiridos. Foram excluídos do estudo os profissionais com menos seis meses de atuação na equipe de Saúde da Família e aqueles lotados nas unidades sem registro de casos. A coleta de dados foi realizada no período de julho a setembro de 2013. Os dados secundários foram extraídos da base de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) em hanseníase, no mês de agosto de 2013.

Etapa 3 – Classificação do grau de implantação

Para o cálculo do grau de implantação, foram utilizados dados da avaliação normativa referente aos indicadores de estrutura e processo de cada componente. Para calcular o grau de implantação do PMCH, foram arbitrados escores máximos esperados para cada um dos componentes, considerando-se sua relevância na reconstrução do objeto de estudo: gestão (30); assistência à saúde (40); vigilância epidemiológica (20); e educação em saúde e comunicação (10).

Inicialmente, foram determinados os valores observados (Σ dos pontos dos indicadores) e calculado o grau de implantação, em termos percentuais (Σ observados/ Σ das pontuações máximas possíveis \times 100), para cada componente. A obtenção do grau de implantação total foi baseada no somatório dos indicadores elencados. O valor alcançado foi

confrontado com o valor máximo esperado para cada componente, obtendo-se uma proporção a ser classificada da seguinte forma: programa 'implantado' (90,0 a 100,0%), 'parcialmente implantado' (70,0 a 89,9%), 'incipiente' (50,0 a 69,9%) e 'não implantado' (<50,0%). A classificação foi arbitrada pelos autores com nível de exigência maior que o utilizado tradicionalmente, em virtude da gravidade dos indicadores epidemiológicos e dos anos de atividade contínua do programa avaliado.

Etapa 4 – Análise dos resultados (efeitos) e da influência do grau de implantação sobre os efeitos observados

A análise dos efeitos foi realizada considerando-se os indicadores contidos na matriz de medidas do Programa de Controle da Hanseníase para o período de 2010 a 2012, últimos anos com informações disponíveis na base de dados do Sinan. Na Figura 2, estão apresentados todos os indicadores, inclusive os de resultado, e os respectivos referenciais para julgamento. Após a definição do grau de implantação de cada componente e do conjunto do PMCH, esses graus foram relacionados com os indicadores de resultado, confrontando-os com o modelo elaborado, em um processo de imbricamento na busca por identificar os aspectos que potencializaram ou fragilizaram o alcance dos resultados.

Aspectos éticos

O projeto do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – Parecer nº 352513/2013; Certificado de Apresentação para Apreciação Ética nº 13430313.3.0000.5201 – em 31 de julho de 2013.

Resultados

A Figura 3 detalha o conjunto de indicadores de estrutura e processo utilizados na avaliação do grau de implantação do Programa Municipal de Controle da Hanseníase de Camaragibe, os valores máximos esperados e alcançados por cada um dos componentes do PMCH, base para a definição do grau de implantação da intervenção.

A Figura 4 mostra a síntese dos valores esperados e alcançados por componente e o grau de implantação do PMCH. Observa-se que o grau de implantação total do

PMCH de Camaragibe foi classificado como 'incipiente' (58,3%). O grau de implantação por componente variou de 'não implantado' (educação em saúde e comunicação, 48,0%) a 'incipiente' (gestão, 53,3%; assistência à saúde, 57,2%) e 'parcialmente implantado' (vigilância epidemiológica, 73,0%).

A Figura 5 apresenta os resultados do PMCH por componente. Os indicadores relacionados à gestão mostraram-se regulares (mudanças nas práticas profissionais do nível médio e superior pós-capacitação, respectivamente 83,0% e 88,0%) ou precários (plano anual, 50,0%; uniformização do fluxo de atendimento, 15,0%; e resolução de entraves, 44,0%).

A taxa de detecção anual de casos novos em 2010 e 2011 foi muito alta (respectivamente, 33,2 e 22,6/100 mil habitantes); e em 2012, alta (19,7/100 mil habitantes). A taxa em menores de 15 anos de idade, nos três anos, permaneceu muito alta: no período de 2010 a 2011, manteve-se em 9,0/100 mil habitantes; e decresceu em 2012, para 5,9/100 mil habitantes. A proporção de casos novos de hanseníase com grau de incapacidade física avaliados no diagnóstico apresentou variação de 82,8 a 91,0%; e a proporção de cura entre os casos novos diagnosticados nos anos avaliados variou de 24,0 a 73,0%. A proporção de casos de hanseníase em abandono de tratamento manteve-se precária em 2010 (33%), 2011 (69,5%) e 2012 (34,1%). Quanto à qualidade da informação, a consistência variou de 81,0 a 91,0%; e a ausência de duplicidades manteve-se em 100,0% nos três anos. Para o encerramento dos casos em tempo oportuno, a variação foi de 70,3 a 78,4% (Figura 5).

Os indicadores de resultado relacionados à educação em saúde e comunicação foram classificados como precários (promoção de atividade de mobilização social, 50,0%; e comportamento dos usuários após participação em atividades de prevenção, 59,0%) (Figura 5).

Discussão

A análise do Programa Municipal de Controle da Hanseníase explicitou obstáculos de ordem operacional, técnica e administrativa, já demonstrados em estudos anteriores,^{6,7} caracterizando seu grau de implantação em Camaragibe como 'incipiente'. Decorridas quase quatro décadas da recomendação da poliquimioterapia

pela OMS, quase três da oficialização de sua utilização no Brasil,¹³ e aproximadamente duas décadas desde o início do processo de descentralização das ACH para a Atenção Básica, seria esperado um maior progresso em relação à implantação das ações e os efeitos observados. Entre os principais pontos críticos que contribuíram para a situação encontrada, destacam-se: ausência de serviço de referência; baixa autonomia e resolutividade da gestão; fragilidade no sistema de informações; precariedade das ações de vigilância epidemiológica e de atividades educativas; e pouca articulação de parcerias com atores sociais e instituições.

A abordagem metodológica utilizada – estudo de caso único – é descrita como detentora de elevado potencial de validade interna, ao analisar um fenômeno em profundidade, permitindo descrever e explicar o funcionamento do programa globalmente, sem se ater a questões específicas do objeto de avaliação.⁹ A qualidade da articulação teórica do modelo relaciona-se com a validade interna do estudo.¹⁰ O constructo do Programa de Controle da Hanseníase é bem estabelecido, baseado em pesquisas biomédicas e intervenções aplicadas em larga escala.

Os limites desta avaliação, inerentes a estudos de caso único, relacionam-se ao excesso de indicadores em relação aos pontos de observação. Da mesma forma, nesse tipo de estudo, questiona-se sobre a validade externa, embora o que se busca não seja a generalização estatística e sim a analítica, tomando como fundamento o Modelo Lógico do programa, ou seja, a extrapolação do modelo adotado e não dos resultados empíricos.¹⁰

A inadequação da gestão do programa no âmbito municipal relaciona-se, entre outros aspectos, à insuficiência dos processos de monitoramento de indicadores epidemiológicos e operacionais, da avaliação sistemática das ACH e das supervisões das equipes, além da falta de planejamento anual das ações e do diálogo com instâncias de controle social. Achados similares aos destacados foram evidenciados em avaliações do Programa de Controle da Hanseníase e do desempenho da Atenção Básica.¹⁴⁻¹⁶

Ademais, o baixo preparo gerencial, associado à gestão municipal verticalizada e à falta de integração entre os serviços, condicionam a condução do programa, de maneira improvisada, e a baixa resolutividade dos serviços municipais, conforme

observado em outro contexto.¹⁷ Para a superação de tais dificuldades, sugere-se a definição precisa de atribuições, a melhoria das relações comunicacionais entre os diversos serviços e o compartilhamento de responsabilidades.¹⁸

Apesar do baixo investimento da gestão na promoção de capacitação em hanseníase entre os profissionais da rede, percebeu-se mudança em suas práticas. Igualmente, em avaliação sobre o papel das capacitações na qualidade das ACH, constatou-se que o diferencial positivo foi a condução do ensino/aprendizagem e o comprometimento dos profissionais.¹⁹ Já um estudo realizado em Recife, no ano de 2013, analisou as capacitações na perspectiva dos profissionais e revelou a necessidade de negociar o conteúdo e a metodologia a partir da problematização do trabalho, visando o melhor desempenho.²⁰ Apesar disso, não há garantia de um perfil proativo profissional e a transformação do modelo de atenção.²¹

A observação da influência do grau de implantação nos efeitos observados, por componente, revelou convergências e divergências entre alguns indicadores, destacando-se, entre os insatisfatórios, (i) baixa proporção de contatos examinados, (ii) abandono de tratamento, (iii) limitada uniformização do fluxo de atendimento aos pacientes e (iv) deficiente resolução dos entraves mediante apoio da gestão. Estudo anterior realizado no mesmo município, quase uma década antes (2004), mostrou divergência entre o grau de implantação das áreas estratégicas da Atenção Básica e os indicadores epidemiológicos operacionais do programa,²² similar ao que foi observado sobre o Programa Nacional.⁷

As taxas de detecção geral e em menores de 15 anos de idade apresentaram endemicidade muito alta, apesar da adequação das atividades diagnósticas, apontando não só aumento de cobertura do sistema de saúde e agilidade diagnóstica, como também – e principalmente – expansão da endemia, refletindo uma maior incidência de casos novos.^{23,24} Entretanto, o indicador muito alto em menores de 15 anos mostra a persistência da transmissão e a precocidade da exposição a focos ativos, sugerindo deficiência na vigilância e no controle da doença.²⁴ Grande parte dos indicadores de estrutura do PMCH foi deficitária, constituindo-se em um ponto de estrangulamento e comprometendo a qualidade da assistência. Ademais, diante da suspeição do caso,

é frequente o encaminhamento para outro serviço, dificultando o diagnóstico precoce e o tratamento oportuno. Relatos da falta de médicos na Atenção Básica, baixo compromisso profissional, deficiente qualidade técnico-científica e inadequado desempenho são recorrentes, levando à sobrecarga do profissional enfermeiro, além da transferência de responsabilidades e indefinição de papéis.^{25,26}

São recorrentes os relatos sobre usuários em tratamento ou em alta do PMCH que não foram avaliados quanto a seu grau de incapacidade física, talvez em decorrência do desconhecimento, por muitos profissionais, da técnica de classificação e sua importância como estratégia de prevenção de incapacidades.²⁷ A análise do grau de implantação da assistência à saúde no estudo atual mostrou-se incipiente. Entretanto, os indicadores relacionados ao grau de incapacidade física no diagnóstico foram regulares a bons, nos três anos aferidos, provavelmente pelo fato de alguns pacientes serem avaliados nas referências estaduais, restando à atenção primária notificar e iniciar o tratamento.

Houve boa avaliação quanto à busca ativa de contatos intradomiciliares e de pacientes em situação de abandono de tratamento. Contudo, esses procedimentos não foram suficientes para garantir uma elevada proporção de contatos examinados e reverter o abandono do tratamento entre os casos novos diagnosticados. O exame dos contatos é fundamental para descoberta precoce de casos novos, orientação sobre os sinais da doença e quebra da cadeia de transmissão.²⁴ Igualmente, outros autores observaram que um número reduzido de contatos vem sendo contemplado com tal medida, enquanto a ingestão da medicação por longos meses e o aparecimento das reações hansênicas são possíveis explicações para o abandono ou irregularidade no tratamento.²⁸

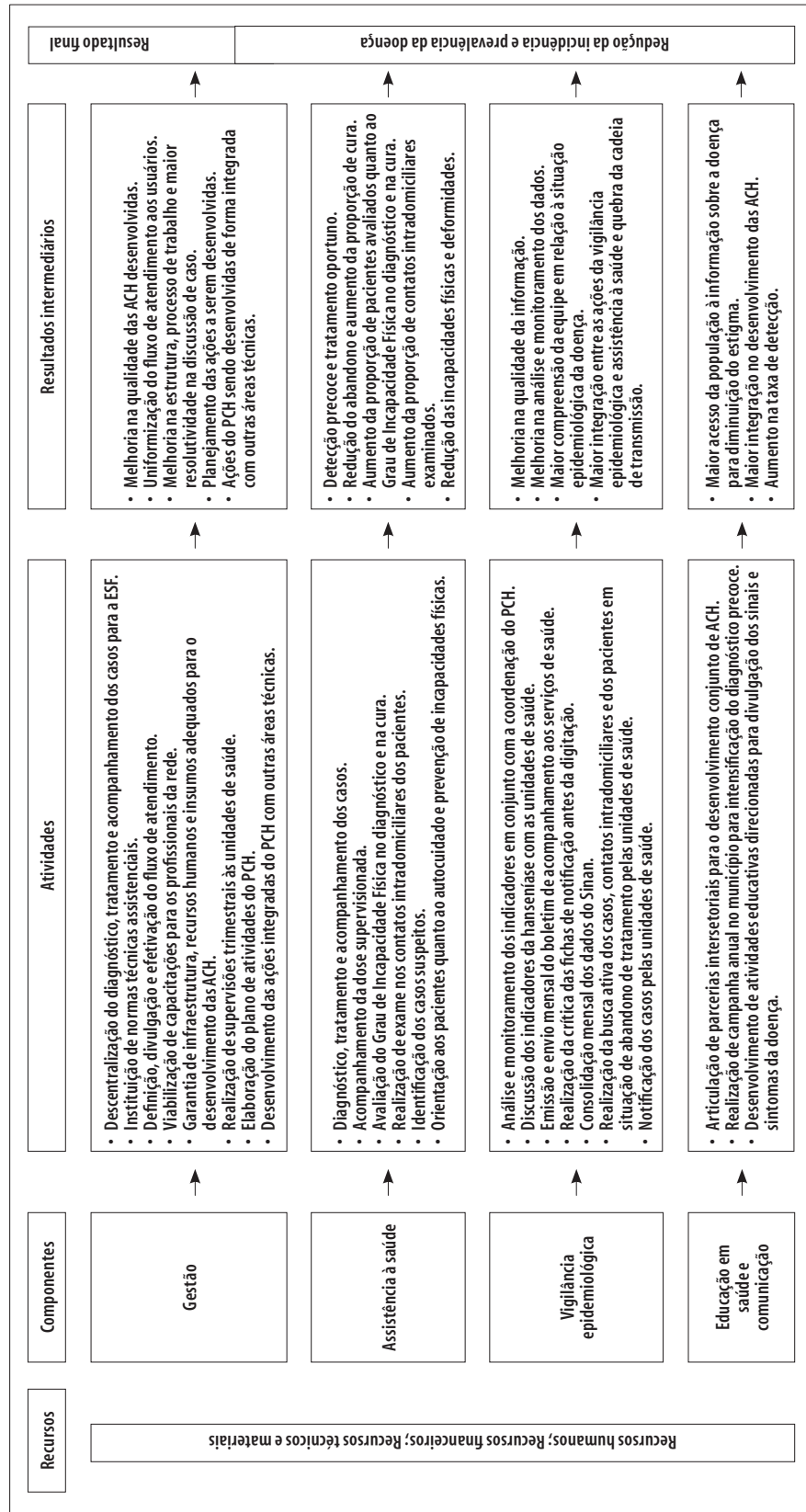
A despeito dos resultados destacados, é importante considerar a qualidade das informações do Sinan relacionadas à consistência e existência de duplicidades, uma questão passível de comprometer a análise dos indicadores.¹⁴ A realização pelo município desses procedimentos de maneira precária representa um aspecto não detectado nos indicadores, em decorrência da realização, pela Secretaria Estadual de Saúde, de ações emergenciais com o objetivo de melhorar a qualidade das informações do Sinan municipal.

O não funcionamento da unidade de referência condicionou o deslocamento dos usuários para outros serviços especializados, situados em outros municípios, agregando obstáculos ao acesso, como custos e dificuldades no agendamento de consultas.²⁸ Por fim, as ações de promoção, como a educação em saúde e comunicação, são estratégias efetivas para o bom desempenho de programas relacionados às doenças negligenciadas, embora sejam secundarizadas, conforme os achados do estudo. Quando essas ações acontecem, são predominantemente verticais e unilaterais, enfatizando campanhas e produção de materiais educativos²⁹ em detrimento da prática social e pedagógica desenvolvida pela equipe em parceria com atores sociais e instituições.^{21,28} Esta prática deve ser focada na participação comunitária, com representações sociais, aliada à experiência com a doença e sua inclusão no planejamento, execução e avaliação das ações. Dessa forma, pode-se favorecer mudanças de comportamento, promoção da saúde individual e coletiva e melhoria da qualidade de vida da comunidade.³⁰

Em 2013, o PMCH de Camaragibe apresentava grau de implantação incipiente no município, com repercussões sobre os resultados alcançados, aqui analisados. As atividades de educação em saúde e comunicação, assim como a gestão do programa e a assistência à saúde, são mais problemáticas, enquanto a vigilância epidemiológica encontra-se melhor estruturada. Para a efetivação do controle da hanseníase, impõe-se a superação de tais dificuldades com maior mobilização de recursos e de investimentos suficientes para qualificar a rede municipal de atenção, a reorganização dos serviços e o fortalecimento do sistema de informações em saúde.

Contribuição dos autores

Souza MF participou da concepção e delineamento do estudo, coleta, processamento, análise e interpretação dos resultados, redação e revisão crítica do conteúdo intelectual do manuscrito. Vanderlei LCM e Frias PG participaram da concepção e delineamento do estudo, análise e interpretação dos resultados, redação e revisão crítica do conteúdo intelectual do manuscrito. Todos os autores são responsáveis por todos os aspectos do trabalho, inclusive a exatidão e integridade do manuscrito, respondendo por ele em quaisquer circunstâncias solicitadas.



Siglas: ESF, Estratégia Saúde da Família; ACH, Ações de Controle da Hanseníase; PCH, Programa de Controle da Hanseníase; e Sinan, Sistema de Informação de Agravos de Notificação.

Figura 1 – Modelo Lógico – resumo – do Programa de Controle da Hanseníase em Camaragibe, Pernambuco, 2013

Indicador	Parâmetro	Técnica	Respondente	Pontuação
GESTÃO				
Estrutura				
Existência de coordenador municipal	sim	Aplicação de questionário	Coordenador do PCH	sim=2,0; ^a não=0,0
Existência de dois técnicos de nível médio sendo um do Sinan	sim	Aplicação de questionário	Coordenador do PCH	sim=1,0; ^a não=0,0
Existência de salas próprias para o Programa de Controle da Hanseníase e Vigilância Epidemiológica	sim, para existência de duas salas (referentes ao PCH e à VE)	Observação direta e aplicação de questionário	Coordenador do PCH/VE	sim para duas =1,0; ^a sim para uma =0,5; não=0,0
Existência de <i>kit</i> dermatoneurológico completo (monofilamentos, 2 tubos de ensaio, pinça, bico de Bunsen)	sim	Observação direta e aplicação de questionário	Coordenador do PCH	sim=1,5; ^a não=0,0
Existência de insumos para o autocuidado	sim	Observação direta e aplicação de questionário	Coordenador do PCH	sim=1,0; ^a não=0,0
Existência de PQT MB (Rifampicina, Dapsona, Clofazimina) e PB (Rifampicina, Dapsona) e medicamentos para reações hansênicas (Prednisona, Talidomida)	3 tipos de medicamentos	Aplicação de questionário	Coordenador do PCH	três=2,0; ^a dois=1,5; um=1,0; não=0,0
Existência de vacina BCG	sim	Aplicação de questionário	Coordenador do PCH	sim=1,0; ^a não=0,0
Existência de veículo	sim	Aplicação de questionário	Coordenador do PCH	sim=1,0; ^a não=0,0
Existência de <i>kit</i> de impressos-padrão do PCH (Ficha B de acompanhamento da hanseníase, cartão de aprazamento, formulário de referência e contrarreferência, livro de registro acompanhamento dos casos)	4 tipos de impressos	Observação direta e aplicação de questionário	Coordenador do PCH	quatro=1,0; ^a três=0,75; duas=0,5; uma=0,25; não=0,0
Número de computadores, impressoras, telefone e fax para as atividades	4 tipos de equipamentos	Observação direta e aplicação de questionário	Coordenador do PCH	quatro=1,0; ^a três=0,75; duas=0,5; uma=0,25; não=0,0
Software do Sinan instalado	sim	Observação direta e aplicação de questionário	Coordenador do PCH	sim=1,0; ^a não=0,0
Disponibilidade de normas técnicas assistenciais	sim	Observação direta e aplicação de questionário	Coordenador do PCH	sim=1,0; ^a não=0,0
Disponibilidade de regimento interno	sim	Observação direta e aplicação de questionário	Coordenador do PCH	sim=0,5; ^a não=0,0
Processo				
Existência de fluxo de referência e contrarreferência	sim	Aplicação de questionário	Coordenador do PCH	sim=2,0; ^a não=0,0
Realização de planejamento anual das ações do PCH/VE	sim para realização das ações pelo PCH e VE	Aplicação de questionário	Coordenador do PCH/VE	sim para dois (PCH e VE) =1,5; ^a sim para um (PCH ou VE) =1,0; não=0,0
Utilização de indicadores epidemiológicos e operacionais para planejamento das ações do PCH/VE	sim para realização das ações pelo PCH e VE	Aplicação de questionário	Coordenador do PCH/VE	sim para dois (PCH e VE) =1,5; ^a sim para um (PCH ou VE) =1,0; não=0,0
Monitoramento das ações do PCH/VE	sim para realização das ações pelo PCH e VE	Aplicação de questionário	Coordenador do PCH/VE	sim para dois (PCH e VE) =1,5; ^a sim para um (PCH ou VE) =1,0; não=0,0
Realização de supervisão trimestral	sim, trimestral	Aplicação de questionário	Coordenador do PCH	trimestral=1,0; ^a semestral=0,75; anual=0,5; não=0,0
Discussão do plano de ação da hanseníase no Conselho Municipal de Saúde	sim	Aplicação de questionário	Coordenador do PCH	sim=1,0; ^a não=0,0
Promoção de capacitação em hanseníase para os profissionais da rede nos últimos cinco anos	sim	Aplicação de questionário	Coordenador do PCH e médico/ enfermeiro	sim=1,5; ^a não=0,0

Figura 2 – Matriz de medidas do Programa de Controle da Hanseníase em Camaragibe, Pernambuco, 2013

Continua

Indicador	Parâmetro	Técnica	Respondente	Pontuação
Promoção de capacitação em Hanseníase para os profissionais do PCH/VE nos últimos dois anos	sim para capacitação dos profissionais do PCH e VE	Aplicação de questionário	Coordenador do PCH/VE	sim para dois (PCH e VE) = 1,5; ^a sim para um (PCH ou VE) = 1,0; não = 0,0
Promoção de capacitação no Sinan/Hanseníase para os profissionais do PCH/VE nos últimos dois anos	sim para capacitação dos profissionais do PCH e VE	Aplicação de questionário	Coordenador do PCH/VE	sim para dois (PCH e VE) = 1,5; ^a sim para um (PCH ou VE) = 1,0; não = 0,0
Desenvolvimento de ações integradas do PCH/VE com outras áreas técnicas	sim, para as ações do PCH e VE	Aplicação de questionário	Coordenador do PCH/VE	sim para dois (PCH e VE) = 1,5; ^a sim para um (PCH ou VE) = 1,0; não = 0,0
Resultado				
Plano anual de gestão elaborado	sim	Aplicação de questionário	Coordenador do PCH	sim = 1,0; ^a não = 0,0
Mudança na prática profissional (nível médio) pós-capacitação em Hanseníase	sim	Aplicação de questionário	Agente comunitário de saúde	sim = 1,0; ^a não = 0,0
Mudança na prática profissional (nível superior) pós-capacitação em Hanseníase	sim	Aplicação de questionário	Médico/ enfermeiro	sim = 1,0; ^a não = 0,0
Mudança na resolução dos entraves referentes às ACH por apoio da gestão	sim	Aplicação de questionário	Médico/ enfermeiro	sim = 1,0; ^a não = 0,0
Uniformização do fluxo de atendimento aos pacientes	sim	Aplicação de questionário	Médico/ enfermeiro	sim = 1,0; ^a não = 0,0
ASSISTÊNCIA À SAÚDE				
Estrutura				
Estrutura física adequada para desenvolvimento das ACH na ESF/PACS (sala de espera com cadeiras e espaço para usuários; sala de reunião; adequação dos consultórios em número, tamanho, iluminação, ventilação)	6 ou mais compartimentos	Observação direta e aplicação de questionário	Médico/ enfermeiro	seis ou mais = 2,0; ^a quatro a cinco = 1,5; três a dois = 1,0; menos de 2 = 0,0
Estrutura física adequada para o desenvolvimento das ACH na unidade de referência (sala de espera com cadeiras e espaço para usuários; sala de reunião; adequação dos consultórios em número, tamanho, iluminação, ventilação; espaço para reabilitação e realização de procedimentos)	6 ou mais compartimentos	Observação direta e aplicação de questionário	Médico/ enfermeiro	seis ou mais = 2,0; ^a quatro a cinco = 1,5; três a dois = 1,0; menos de 2 = 0,0
Equipe para desenvolver ACH nas unidades de saúde (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, mínimo de 5 ACS)	4 ou mais categorias	Aplicação de questionário	Médico/ enfermeiro	quatro ou mais = 2,0; ^a três = 1,5; duas = 1,0; uma ou 0 = 0,0
Equipe para desenvolver as ACH na unidade de referência (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional)	4 ou mais categorias	Aplicação de questionário	Médico/ enfermeiro	quatro ou mais = 2,0; ^a três = 1,5; duas = 1,0; uma ou 0 = 0,0
Existência de PQT MB (Rifampicina, Dapsona, Clofazimina) e PB (Rifampicina, Dapsona) e medicamentos para reações hansênicas (Prednisona, Talidomida)	3 tipos de medicamentos	Aplicação de questionário	Médico/ enfermeiro	três = 2,0; ^a dois = 1,5; um = 1,0; não = 0,0
Existência de BCG para os contatos intradomiciliares no serviço de saúde	sim	Observação direta e aplicação de questionário	Médico/ enfermeiro	sim = 1,0; ^a não = 0,0
Existência de kit dermatoneurológico completo no serviço de saúde	sim	Observação direta e aplicação de questionário	Médico/ enfermeiro	sim = 1,5; ^a não = 0,0
Existência de insumos para o autocuidado no serviço de saúde	sim	Observação direta e aplicação de questionário	Médico/ enfermeiro	sim = 1,0; ^a não = 0,0
Processo				
Realização do diagnóstico dos casos no serviço de saúde	sim, sempre	Aplicação de questionário	Médico/ enfermeiro	sempre = 2,0; ^a frequentemente = 1,5; às vezes = 1,0; não = 0,0
Realização de exame dermatoneurológico no serviço de saúde	sim, sempre	Aplicação de questionário	Médico/ enfermeiro	sempre = 2,0; ^a frequentemente = 1,5; às vezes = 1,0; não = 0,0

Figura 2 – Matriz de medidas do Programa de Controle da Hanseníase em Camaragibe, Pernambuco, 2013

Continua

Indicador	Parâmetro	Técnica	Respondente	Pontuação
Solicitação de exames clínicos e complementares pelo serviço de saúde	sim	Aplicação de questionário	Médico/ enfermeiro	sim=1,0; ^a não=0,0
Identificação dos casos suspeitos por ACS e encaminhamento às unidades de saúde	sim	Aplicação de questionário	ACS	sim=2,0; ^a não=0,0
Avaliação do GIF dos casos novos de hanseníase no serviço de saúde	sim, sempre	Aplicação de questionário	Médico/ enfermeiro	sempre=1,5; ^a frequentemente=1,0; às vezes=0,5; não=0,0
Avaliação do GIF dos casos de hanseníase na cura, no serviço de saúde	sim, sempre	Aplicação de questionário	Médico/ enfermeiro	sempre=1,5; ^a frequentemente=1,0; às vezes=0,5; não=0,0
Orientação sobre o autocuidado e prevenção de incapacidade física, no serviço de saúde	sim, sempre	Aplicação de questionário	Médico/ enfermeiro	sempre=1,5; ^a frequentemente=1,0; às vezes=0,5; não=0,0
Supervisão da tomada da dose mensal no serviço de saúde	sim, todo caso	Aplicação de questionário	Médico/ enfermeiro	sempre=1,5; ^a frequentemente=1,0; às vezes=0,5; não=0,0
Acompanhamento mensal do paciente por ACS nas unidades de saúde	sim	Aplicação de questionário	ACS	sempre=1,5; ^a frequentemente=1,0; às vezes=0,5; não=0,0
Supervisão da tomada da dose mensal no serviço de saúde	sim, todo caso	Aplicação de questionário	Médico/ enfermeiro	todo caso=1,5; ^a alguns=1,0; não=0,0
Acompanhamento mensal do paciente por ACS nas unidades de saúde	sim	Aplicação de questionário	ACS	sim=1,5; ^a não=0,0
Tratamento dos casos realizado no serviço de saúde	sim	Aplicação de questionário	Médico/ enfermeiro	sim=2,0; ^a não=0,0
Discussão bimensal da condução dos casos nas unidades de saúde	sim, sempre	Aplicação de questionário	Médico/ enfermeiro	sempre=1,0; ^a frequentemente=0,75; às vezes=0,5; não=0,0
Utilização dos protocolos no serviço de saúde	sim, sempre	Aplicação de questionário	Médico/ enfermeiro	sempre=1,0; ^a frequentemente=0,75; às vezes=0,5; não=0,0
Realização de exames nos contatos intradomiciliares nas unidades de saúde	sim, em todos	Aplicação de questionário	Médico/ enfermeiro	em todos=2,0 ^a em alguns=1,0 não=0,0
Acompanhamento dos casos para ESF/unidade de referência, quando necessário	sim	Aplicação de questionário	Médico/ enfermeiro	sim=1,0; ^a não=0,0
Validação do diagnóstico de recidiva pela unidade de referência	sim	Aplicação de questionário	Médico/ enfermeiro	sim=1,0; ^a não=0,0
Tratamento das reações hansênicas pela unidade de referência	sim	Aplicação de questionário	Médico/ enfermeiro	sim=2,0; ^a não=0,0
Realização de atividades para a reabilitação das incapacidades físicas na unidade de referência	sim	Aplicação de questionário	Médico/ enfermeiro	sim=2,0; ^a não=0,0
Resultados				
Taxa de detecção anual de casos novos (por 100 mil habitantes)	baixo	Sinan	Banco de dados	hiperendêmico≥40,00; muito alto=20,00 a 39,99; alto=10,00 a 19,99; médio=2,00 a 9,99; baixo <2,00 ^a
Taxa de detecção anual de casos novos em menores de 15 anos de idade (por 100 mil habitantes)	baixo	Sinan	Banco de dados	hiperendêmico≥10,00; muito alto=5,00 a 9,99; alto=2,50 a 4,99; médio=0,50 a 2,49; baixo <0,50 ^a
% de casos novos com GIF avaliados no diagnóstico	bom	Sinan	Banco de dados	bom≥90,0%; ^a regular=75,0 a 89,9%; precário <75,0%
% de casos de hanseníase avaliados quanto ao GIF na alta por cura	bom	Sinan	Banco de dados	bom≥90,0%; ^a regular=75,0 a 89,9%; precário <75,0%
% de cura da hanseníase entre casos novos diagnosticados nos anos das coortes	bom	Sinan	Banco de dados	bom≥90,0%; ^a regular=75,0 a 89,9%; precário <75,0%
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA				
Estrutura				
Existência de técnico de nível superior	sim	Aplicação de questionário	Coordenador da VE	sim=1,0; ^a não=0,0

Figura 2 – Matriz de medidas do Programa de Controle da Hanseníase em Camaragibe, Pernambuco, 2013

Continua

Indicador	Parâmetro	Técnica	Respondente	Pontuação
Existência de veículo	sim	Aplicação de questionário	Coordenador da VE	sim=0,5; ^a não=0,0
Existência de <i>kit</i> completo de impressos para distribuição na rede (ficha de notificação/ investigação do Sinan, protocolo de investigação diagnóstica em <15 anos, formulário de vigilância de contatos intradomiciliares, formulário para investigação do GIF/avaliação neurológica simplificada e ficha de investigação de suspeita de recidiva)	4 tipos de impressos	Observação direta e aplicação de questionário	Coordenador da VE	quatro ou mais=1,0; ^a três=0,75; dois=0,5; um ou 0=0,0
Número de computadores, impressoras, telefone e fax para as atividades	4 tipos de equipamentos	Observação direta e aplicação de questionário	Coordenador da VE	quatro ou mais=1,0; ^a três=0,75; dois=0,5; um ou 0=0,0
Software do Sinan instalado	sim	Observação direta e aplicação de questionário	Coordenador da VE	sim=1,0; ^a não=0,0
Disponibilidade de regimento interno	sim	Observação direta e aplicação de questionário	Coordenador da VE	sim=0,5; ^a não=0,0
Disponibilidade de normas técnicas para distribuição na rede	sim	Observação direta e aplicação de questionário	Coordenador da VE	sim=0,5; ^a não=0,0
Processo				
Fluxo mensal de notificações dos casos de hanseníase no município	sim	Aplicação de questionário	Coordenador da VE	sim=1,0; ^a não=0,0
Emissão mensal do BA em hanseníase para o serviço de saúde	sim	Aplicação de questionário	Coordenador da VE	sim=0,5; ^a não=0,0
Monitoramento mensal da devolutiva do BA em hanseníase pelo serviço de saúde	sim	Aplicação de questionário	Coordenador da VE	sim=0,5; ^a não=0,0
Rotina de realização de crítica das fichas antes da digitação	sim, sempre	Aplicação de questionário	Coordenador da VE	sempre=1,0; ^a frequentemente=0,75; às vezes=0,5; não=0,0
Rotina de análise de duplicidade	sim, sempre	Aplicação de questionário	Coordenador da VE	sempre=1,0 ^a frequentemente=0,75; às vezes=0,5; não=0,0
Rotina de análise da consistência das informações	sim, sempre	Aplicação de questionário	Coordenador da VE	sempre=1,0 ^a frequentemente=0,75; às vezes=0,5; não=0,0
Consolidação dos dados	sim	Aplicação de questionário	Coordenador da VE	sim=1,0; ^a não=0,0
Discussão trimestral dos indicadores da hanseníase junto ao serviço de saúde	sim, trimestral	Aplicação de questionário	Coordenador da VE	mensal/ trimestral=0,75 ^a quadrimestral=0,5; anual=0,25; não=0,0
Elaboração e divulgação semestral do boletim epidemiológico	sim para as duas atividades	Aplicação de questionário	Coordenador da VE	sim para as duas=0,5; ^a sim para uma=0,25; não=0,0
Realização de busca ativa dos casos de abandono em conjunto com as equipes	sim	Aplicação de questionário	Coordenador da VE	sim=0,75; ^a não=0,0
Monitoramento da notificação de casos em menores de 15 anos de idade	sim	Aplicação de questionário	Coordenador da VE	sim=0,5; ^a não=0,0
Monitoramento do encerramento dos casos no Sinan	sim	Aplicação de questionário	Coordenador da VE	sim=1,0; ^a não=0,0
Preenchimento do livro de registro e acompanhamento dos casos pelas unidades de saúde	sim	Observação direta e aplicação de questionário	Médico/ enfermeiro	sim=0,5; ^a não=0,0
Rotina de notificação dos casos no serviço de saúde	sim	Aplicação de questionário	Médico/ enfermeiro	sim=1,0; ^a não=0,0
Preenchimento do BA no serviço de saúde	sim	Aplicação de questionário	Médico/ enfermeiro	sim=0,5; ^a não=0,0

Figura 2 – Matriz de medidas do Programa de Controle da Hanseníase em Camaragibe, Pernambuco, 2013

Continua

Indicador	Parâmetro	Técnica	Respondente	Pontuação
Busca ativa dos casos novos pelo serviço de saúde	sim, sempre	Aplicação de questionário	Médico/ enfermeiro e ACS	sempre=1,0; ^a frequentemente=0,75; às vezes=0,5; não=0,0
Busca ativa dos casos de abandono pelo serviço de saúde	sim, sempre	Aplicação de questionário	Médico/ enfermeiro e ACS	sempre=1,0; ^a frequentemente=0,75; às vezes=0,5; não=0,0
Busca ativa de contatos intradomiciliares pelo serviço de saúde	sim, sempre	Aplicação de questionário	Médico/ enfermeiro e ACS	sempre=1,0; ^a frequentemente=0,75; às vezes=0,5; não=0,0
Resultados				
% de contatos examinados entre os casos novos diagnosticados no ano	bom	Sinan	Banco de dados	bom≥75,0%; ^a regular=50,0 a 74,9%; precário<50,0%
% de casos de hanseníase em abandono de tratamento entre os casos novos	bom	Sinan	Banco de dados	bom<10,0%; ^a regular=10,0 a 24,9%; precário≥25,0%
Qualidade da informação: Consistência	bom	Sinan	Banco de dados	bom≥90,0%; ^a regular=70,0 a 89,9%; precário<70,0%
Qualidade da informação: Ausência de duplicidades	bom	Sinan	Banco de dados	bom≥90,0%; ^a regular=70,0 a 89,9%; precário<70,0%
Encerramento dos casos em tempo oportuno	bom	Sinan	Banco de dados	bom≥90,0%; ^a regular=70,0 a 89,9%; precário<70,0%
EDUCAÇÃO EM SAÚDE E COMUNICAÇÃO				
Estrutura				
Existência de espaço para as atividades no serviço de saúde	sim	Observação direta e aplicação de questionário	Médico/ enfermeiro	sim=1,0; ^a não=0,0
Disponibilidade de recursos audiovisuais para as atividades	sim	Observação direta e aplicação de questionário	Médico/ enfermeiro	sim=1,0; ^a não=0,0
Disponibilidade de materiais para o desenvolvimento das atividades educativas no serviço de saúde	sim	Observação direta e aplicação de questionário	Médico/ enfermeiro	sim=1,0; ^a não=0,0
Processo				
Articulação de parcerias com os diversos atores sociais e instituições	sim, sempre	Aplicação de questionário	Médico/ enfermeiro e coordenador do PCH	sempre=2,0; ^a frequentemente=1,5; às vezes=1,0; não=0,0
Promoção de ações semestrais pelo PCH/VE conjuntas com o serviço de saúde	Sim, para a promoção de ações pelo PCH e VE	Aplicação de questionário	Coordenador do PCH/VE	sim para os dois (PCH e VE)=2,0; ^a sim para um (PCH ou VE)=1,0; não=0,0
Organização de campanha municipal para intensificação do diagnóstico precoce	sim	Aplicação de questionário	Coordenador do PCH	sim=1,0; ^a não=0,0
Desenvolvimento mensal de atividades educativas no serviço de saúde	sim, mensal	Aplicação de questionário	Médico/ enfermeiro	mensal=2,0 ^a bimensal/ quadrimestral=1,5; semestral/anual=1,0; não=0,0
Resultados				
Impressão de médicos e enfermeiros quanto à mudança de comportamento dos usuários após participação em atividades educativas	sim	Aplicação de questionário	Médico/ enfermeiro	sim=1,0; ^a não=0,0
Promoção de atividade de mobilização social	sim	Aplicação de questionário	Coordenador do PCH/VE	sim=0,5; ^a não=0,0

a) Valor máximo esperado.

Siglas: PCH, Programa de Controle da Hanseníase; Sinan, Sistema de Informação de Agravos de Notificação; VE, vigilância epidemiológica; PQT, poliquimioterapia; MB, multibacilar; PB, paucibacilar; BCG, bacilo de Calmette-Guérin; ACH, ações de controle da hanseníase; ESF, Estratégia Saúde da Família; PACS, Programa de Agentes Comunitários de Saúde; ACS, agente comunitário de saúde; GIF, grau de incapacidade física; e BA, boletim de acompanhamento (com base em Leal *et al.*).

Figura 2 – Matriz de medidas do Programa de Controle da Hanseníase em Camaragibe, Pernambuco, 2013

Indicador	Pontuação máxima	Valor alcançado	Proporção, por indicador (%)
GESTÃO			
Estrutura			
Existência de coordenador municipal do PCH	2,0	2,0	100,0
Existência de dois técnicos de nível médio para o PCH/VE, sendo um do Sinan	1,5	1,5	100,0
Existência de salas próprias para o PCH/VE	1,0	–	–
Existência de <i>kit</i> dermatoneurológico completo para distribuição na rede	1,5	–	–
Existência de insumos para o autocuidado suficientes para distribuição na rede	1,0	–	–
Existência de PQT MB e PB, e medicamentos para reações hansênicas, em quantidade suficiente para distribuição na rede	2,0	2,0	100,0
Existência de vacina BCG em quantidade suficiente para distribuição na rede	1,0	1,0	100,0
Existência de veículo para o PCH compartilhado com outros setores	1,0	–	–
Existência de <i>kit</i> de impressos do PCH em quantidade suficiente para distribuição na rede	1,0	0,5	50,0
Número de computadores, impressoras, telefone e aparelho de fax suficientes e funcionando, para as atividades do PCH	1,0	1,0	100,0
<i>Software</i> do Sinan instalado para as ações do PCH	1,0	–	–
Disponibilidade de normas técnicas assistenciais para distribuição na rede	1,0	1,0	100,0
Disponibilidade de regimento interno	0,5	–	–
Processo			
Existência de fluxo de referência e contrarreferência estabelecido e funcionando adequadamente	2,0	–	–
Realização de planejamento anual das ações do PCH/VE	1,5	1,0	67,0
Utilização dos indicadores epidemiológicos e operacionais para planejamento das ações do PCH/VE	1,5	–	–
Monitoramento das ações do PCH/VE	1,5	1,0	67,0
Realização de supervisões trimestrais	1,0	–	–
Discussão do plano de ação da hanseníase no Conselho Municipal de Saúde	1,0	–	–
Promoção de capacitação em hanseníase para os profissionais da rede nos últimos cinco anos	1,5	0,98	65,0
Promoção de capacitação em hanseníase para os profissionais do PCH/VE nos últimos dois anos	1,5	1,5	100,0
Promoção de capacitação no Sinan/hanseníase para os profissionais do PCH/VE nos últimos dois anos	1,5	1,0	67,0
Desenvolvimento de ações integradas do PCH/VE com outras áreas técnicas	1,5	1,5	100,0
Subtotal da gestão	30,0	16,0	53,3
ASSISTÊNCIA À SAÚDE			
Estrutura			
Existência de estrutura física adequada para o desenvolvimento das ACH na ESF/PACS	2,0	1,35	67,5
Existência de estrutura física adequada para o desenvolvimento das ACH na unidade de referência	2,0	–	–
Equipe para desenvolver ACH nas unidades de saúde	2,0	1,86	93,0
Equipe para desenvolver as ACH nas unidades de referência	2,0	–	–
Existência de PQT MB e PB, e medicamentos para reações hansênicas em quantidade suficiente no serviço de saúde	2,0	1,67	83,5
Existência de vacina BCG em quantidade suficiente para os contatos intradomiciliares no serviço de saúde	1,0	0,85	85,0
Existência de <i>kit</i> dermatoneurológico completo no serviço de saúde	1,5	0,04	2,5
Existência de insumos para o autocuidado suficientes no serviço de saúde	1,0	–	–
Processo			
Realização do diagnóstico dos casos no serviço de saúde	2,0	1,4	70,0
Realização de exame dermatoneurológico no serviço de saúde	2,0	1,74	87,2

Figura 3 – Pontuação dos indicadores utilizados na avaliação do grau de implantação do Programa de Controle da Hanseníase, segundo os componentes do Modelo Lógico, Camaragibe, Pernambuco, 2013

Continua

Indicador	Pontuação máxima	Valor alcançado	Proporção, por indicador (%)
Solicitação de exames clínicos e complementares pelo serviço de saúde	1,0	0,88	88,0
Identificação dos casos suspeitos pelos ACS e encaminhamento às unidades de saúde	2,0	1,80	89,8
Avaliação do GIF dos casos de hanseníase na cura, no serviço de saúde	1,5	0,89	59,3
Orientação do autocuidado e prevenção de incapacidade física, no serviço de saúde	1,5	1,21	80,5
Supervisão da tomada da dose mensal no serviço de saúde	1,5	1,28	85,3
Acompanhamento mensal do paciente pelos ACS nas unidades de saúde	1,5	1,40	93,3
Tratamento dos casos realizado no serviço de saúde	2,0	1,85	92,5
Discussão bimensal da condução dos casos nas unidades de saúde	1,0	0,58	58,0
Utilização dos protocolos no serviço de saúde	1,0	0,68	68,0
Realização de exames nos contatos intradomiciliares nas unidades de saúde	2,0	1,66	83,0
Acompanhamento dos casos, de forma conjunta ESF/unidade de referência, quando necessário	1,0	0,79	79,0
Validação do diagnóstico de recidiva pela unidade de referência	1,0	–	–
Tratamento das reações hansênicas pela unidade de referência	2,0	–	–
Realização de atividades voltadas para a reabilitação das incapacidades físicas na unidade de referência	2,0	–	–
Subtotal da assistência à saúde	40,0	22,9	57,2
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA			
Estrutura			
Existência de técnico de nível superior em VE para hanseníase compartilhado com outras endemias	1,0	1,0	100,0
Existência de veículo para a VE compartilhado com outros setores	0,5	0,5	100,0
Existência de <i>kit</i> completo de impressos VE/Hansen para distribuição na rede	1,0	0,75	75,0
Nº de computadores, impressoras, tel. e aparelho de fax, suficientes para as atividades da VE em hanseníase	1,0	0,5	50,0
<i>Software</i> do Sinan implantado para as ações da VE em hanseníase	1,0	1,0	100,0
Disponibilidade de regimento interno	0,5	0,5	100,0
Disponibilidade de normas técnicas da VE para distribuição na rede	0,5	–	–
Processo			
Fluxo mensal de notificações dos casos de hanseníase instituído no município	1,0	1,0	100,0
Emissão mensal do BA em hanseníase para o serviço de saúde	0,5	–	–
Monitoramento mensal da devolutiva do BA em hanseníase pelo serviço de saúde	0,5	–	–
Rotina de realização de crítica das fichas antes da digitação instituída pela VE	1,0	0,5	50,0
Rotina de análise de duplicidade instituída pela VE	1,0	0,5	50,0
Rotina de análise da consistência das informações instituída pela VE	1,0	0,5	50,0
Consolidação dos dados	1,0	1,0	100,0
Discussão trimestral dos indicadores da hanseníase junto ao serviço de saúde	0,75	0,5	66,7
Elaboração e divulgação semestral do <i>boletim epidemiológico</i> pela VE	0,5	0,5	100,0
Realização de busca ativa de pacientes em situação de abandono pela VE em conjunto com as equipes	0,75	–	–
Monitoramento da notificação de casos em menores de 15 anos de idade	0,5	0,5	100,0
Monitoramento do encerramento dos casos no Sinan	1,0	1,0	100,0
Preenchimento adequado do livro de registro e acompanhamento dos casos pelas unidades de saúde	0,5	0,4	80,0
Rotina de notificação dos casos instituída no serviço de saúde	1,0	0,9	90,0
Preenchimento adequado do BA no serviço de saúde	0,5	0,35	70,0
Busca ativa dos casos novos pelo serviço de saúde	1,0	0,9	90,0
Busca ativa de pacientes em situação de abandono pelo serviço de saúde	1,0	0,88	88,0
Busca ativa de contatos intradomiciliares pelo serviço de saúde	1,0	0,88	88,0
Subtotal da vigilância epidemiológica	20,0	14,6	73,0

Figura 3 – Pontuação dos indicadores utilizados na avaliação do grau de implantação do Programa de Controle da Hanseníase, segundo os componentes do Modelo Lógico, Camaragibe, Pernambuco, 2013

Continua

Indicador	Pontuação máxima	Valor alcançado	Proporção, por indicador (%)
EDUCAÇÃO EM SAÚDE E COMUNICAÇÃO			
Estrutura			
Existência de espaços para atividades educativas no serviço de saúde	1,0	0,41	41,0
Disponibilidade de recursos audiovisuais para as atividades educativas	1,0	0,05	5,0
Disponibilidade de materiais para o desenvolvimento das atividades educativas no serviço de saúde	1,0	0,29	29,0
Processo			
Articulação de parcerias com os diversos atores sociais e instituições	2,0	1,07	53,0
Promoção de ações educativas semestrais pelo PCH/VE, conjuntas com o serviço de saúde	2,0	1,0	50,0
Organização de campanha municipal para intensificação do diagnóstico precoce	1,0	1,0	100,0
Desenvolvimento mensal de atividades educativas no serviço de saúde	2,0	0,98	49,0
Subtotal da educação em saúde e comunicação	10,0	4,8	48,0

Síglas: PCH, Programa de Controle da Hanseníase; VE, vigilância epidemiológica; Sinan, Sistema de Informação de Agravos de Notificação; PQT, poliquimioterapia; MB, multibacilar; PB, paucibacilar; BCG, bacilo de Calmette-Guérin; ACH, ações de controle da hanseníase; ESF, Estratégia Saúde da Família; PACS, Programa de Agentes Comunitários de Saúde; ACS, agente comunitário de saúde; GIF, grau de incapacidade física; e BA, boletim de acompanhamento.

Figura 3 – Pontuação dos indicadores utilizados na avaliação do grau de implantação do Programa de Controle da Hanseníase, segundo os componentes do Modelo Lógico, Camaragibe, Pernambuco, 2013

Componentes	Valor máximo esperado	Valor alcançado	Grau de implantação (%)
Gestão	30,0	16,0	53,3
Assistência à saúde	40,0	22,9	57,2
Vigilância epidemiológica	20,0	14,6	73,0
Educação em saúde e comunicação	10,0	4,8	48,0
Grau de implantação total	100,0	58,3	58,3

Grau de implantação

Implantado: 100 a 90%
 Parcialmente implantado: 89 a 70%
 Incipiente: 69 a 50%
 Não implantado: <50%

Figura 4 – Grau de implantação do Programa de Controle da Hanseníase, Camaragibe, Pernambuco, 2013

Indicadores	Parâmetros	Indicadores Sinan			Pontuação alcançada (%)
		2010	2011	2012	
GESTÃO					
Plano anual de gestão elaborado e implantado		–	–	–	50,0
Mudança nas práticas profissionais (nível superior) pós- formação em hanseníase		–	–	–	88,0
Mudança nas práticas profissionais (nível médio) pós- formação em hanseníase	<input type="checkbox"/> Bom: ≥90,0% <input type="checkbox"/> Regular: 70,0 a 89,9% <input type="checkbox"/> Precário: <70,0%	–	–	–	83,0
Mudança na resolução dos entraves referentes às ACH, por apoio da gestão		–	–	–	44,0
Uniformização do fluxo de atendimento aos pacientes		–	–	–	15,0
ASSISTÊNCIA À SAÚDE					
Taxa de detecção anual de casos novos (por 100 mil habitantes)	<input type="checkbox"/> Hiperendêmico: ≥40,00/100 mil hab. <input type="checkbox"/> Muito alto: 20,00 a 39,99/100 mil hab. <input type="checkbox"/> Alto: 10,00 a 19,99/100 mil hab. <input type="checkbox"/> Médio: 2,00 a 9,99/100 mil hab. <input type="checkbox"/> Baixo: <2,00/100 mil hab.	33,2	22,6	19,7	–

Figura 5 – Resultados do Programa de Controle da Hanseníase, Camaragibe, Pernambuco, 2013

Continua

Indicadores	Parâmetros	Indicadores Sinan			Pontuação alcançada (%)
		2010	2011	2012	
Taxa de detecção anual de casos novos em menores de 15 anos de idade (por 100 mil habitantes)	<input type="checkbox"/> Hiperendêmico: $\geq 10,00/100$ mil hab. <input type="checkbox"/> Muito alto: 5,00 a 9,99/100 mil hab. <input type="checkbox"/> Alto: 2,50 a 4,99/100 mil hab. <input type="checkbox"/> Médio: 0,50 a 2,49/100 mil hab. <input type="checkbox"/> Baixo: $< 0,50/100$ mil hab.	9,0	9,0	5,9	–
Proporção de casos novos com GIF avaliado no diagnóstico		87,5	91,0	82,8	–
Proporção de casos de hanseníase avaliados quanto ao GIF no momento da alta por cura	<input type="checkbox"/> Bom: $\geq 90,0\%$ <input type="checkbox"/> Regular: 75,0 a 89,9% <input type="checkbox"/> Precário: $< 75,0\%$	29,0	0,0	81,0	–
Proporção de cura da hanseníase entre os casos novos diagnosticados nas coortes		73,0	24,0	68,8	–
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA					
Proporção de contatos examinados entre os contatos registrados dos casos novos diagnosticados no ano	<input type="checkbox"/> Bom: $\geq 75,0\%$ <input type="checkbox"/> Regular: 50,0 a 74,9% <input type="checkbox"/> Precário: $< 50,0\%$	57,0	12,2	28,4	–
Proporção de casos de hanseníase em abandono de tratamento entre os casos novos diagnosticados	<input type="checkbox"/> Bom: $< 10,0\%$ <input type="checkbox"/> Regular: 10,0 a 24,9% <input type="checkbox"/> Precário: $\geq 25,0\%$	33,0	69,5	34,1	–
Qualidade da informação: Consistência	<input type="checkbox"/> Bom: $\geq 90,0\%$ <input type="checkbox"/> Regular: 70,0 a 89,9% <input type="checkbox"/> Precário: $< 70,0\%$	91,0	84,0	81,0	–
Qualidade da informação: Ausência de duplicidades		100,0	100,0	100,0	–
Encerramento dos casos em tempo oportuno		74,5	78,4	70,3	–
EDUCAÇÃO EM SAÚDE E COMUNICAÇÃO					
Impressão de médicos e enfermeiros quanto à mudança de comportamento dos usuários após participação em atividades educativas	<input type="checkbox"/> Bom: $\geq 90\%$ <input type="checkbox"/> Regular: 70 a 89,9% <input type="checkbox"/> Precário: $< 70\%$	–	–	–	59,0
Promoção de atividade de mobilização social		–	–	–	50,0

Síglas: Sinan, Sistema de Informação de Agravos de Notificação; ACH, ações de controle da hanseníase; e GIF, grau de incapacidade física.

Figura 5 – Resultados do Programa de Controle da Hanseníase, Camaragibe, Pernambuco, 2013

Referências

- Tavares APN, Marques RC, Lana FCF. Ocupação do espaço e sua relação com a progressão da hanseníase no Nordeste de Minas Gerais - século XIX. *Saude Soc.* 2015 abr-jun;24(2):691-702.
- World Health Organization. Global leprosy situation. *Wkly Epidemiol Rec.* 2014 89(36):389-400.
- Alencar CH, Ramos Jr AN, Santos ES, Richter J, Heukelbach J. Clusters of leprosy transmission and of late diagnosis in a highly endemic area in Brazil: focus on different spatial analysis approaches. *Trop Med Int Health.* 2012 Apr;17(4):518-25.
- Secretaria Estadual de Saúde (Pernambuco). Boletim hanseníase. Recife: Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde; 2013.
- Opromolla PA, Laurenti R. Controle da hanseníase no Estado de São Paulo: análise histórica. *Rev Saúde Pública.* 2011 fev;45(1):195-203.
- Lustosa AA, Nogueira IT, Pedrosa JIS, Teles JBM, Campelo V. The impact of leprosy on health-related quality of life. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2011 Sep-Oct; 44(5):621-6.
- Raposo MT, Nemes MIB. Assessment of integration of the leprosy program into primary health care in Aracaju, state of Sergipe, Brazil. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2012 Mar-Apr;45(2):203-8.
- Leal DR, Cazarin G, Bezerra LCA, de Albuquerque AC, Felisberto E. Programa de controle da hanseníase: uma avaliação da implantação no nível distrital. *Saúde Debate.* 2017 mar;38(Esp):209-228.
- Champagne F, Brousselle A, Hartz ZMA, Contandriopoulos AP, Denis JL. A análise de implantação. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz ZMA, organizadores. *Avaliação, conceitos e métodos.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. p. 217-38.
- Yin RK. *Case study research: design and methods.* 4th ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 2009.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativa populacional para 2012 [Internet]. Brasília, 2012 [citado 2017 jul 30]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2012/>

12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Relatório de gestão da coordenação geral do programa nacional de controle da hanseníase: janeiro de 2009 a dezembro de 2010. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
13. Eidt LM. Breve história da hanseníase: sua expansão do mundo para as Américas, o Brasil e o Rio Grande do Sul e sua trajetória na saúde pública brasileira. *Saúde Soc.* 2004 maio-ago;13(2):76-88.
14. Galvão PR, Ferreira AT, Maciel MD, De Almeida RP, Hinders D, Schreuder PA, Kerr-Pontes LR. An evaluation of the SINAN health information system as used by the hansen's disease control programme, Pernambuco State, Brazil. *Lepr Rev.* 2008 Jun;79(2):171-82.
15. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E; Silveira DS, Siqueira VE, et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2006 jul-set; 11(3):669-81.
16. Almeida PF, Fausto MCR, Giovanella L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Rev Panam Salud Publica.* 2011 fev;29(2):84-95.
17. Lanza FM, Lana FCF. Decentralization of leprosy control actions in the micro-region of Almenara, State of Minas Gerais. *Rev Latino-Am Enferm.* 2011 Jan-Feb; 19(1):187-94.
18. Oliveira MM, Campos GWS. Matrix support and institutional support: analyzing their construction. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2015 Jan;20(1):229-38.
19. Lima MSM, Pomini ACM, Hinders D, Soares MPB, Mello MGS. Capacitação técnica versus comprometimento profissional: o real impacto no controle da hanseníase. *Cad Saúde Colet.* 2008 abr-jun;16(2):293-308.
20. Souza ALA, Feliciano KVO, Mendes MFM. Family Health Strategy professionals' view on the effects of Hansen's disease training. *Rev Esc Enferm.* 2015 Jul-Aug;49 (4):610-18.
21. Pereira AJ, Helene LMF, Pedrazini ES, Martins CL, Vieira CSCA. Atenção básica de saúde e a assistência em hanseníase em serviços de saúde de um município do Estado de São Paulo. *Rev Bras Enferm.* 2008 nov;61 (Esp):718-26.
22. Cavalcante MGS, Samico I, Frias PG, Vidal SA. Análise de implantação das áreas estratégicas da atenção básica nas equipes de Saúde da Família em município de uma região metropolitana do Nordeste brasileiro. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2006 out-dez;6(4):437-45.
23. Penna MLE, Oliveira MLW, Carmo EH, Penna GO Temporão JG. Influência do aumento do acesso à atenção básica no comportamento da taxa de detecção de hanseníase de 1980 a 2006. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2008;41 (Supl 2):6-10.
24. Pires CAA, Malcher CMSR, Abreu Júnior JMC, Albuquerque TG, Corrêa IRS, Daxbacher ELR. Leprosy in children under 15 years: the importance of early diagnosis. *Rev Paul Pediatr* 2012 Jun;30(2):292-5.
25. Vanderlei LCM, Vázquez-Navarrete ML. Mortalidade infantil evitável e barreiras de acesso à atenção básica no Recife, Brasil. *Rev Saúde Pública.* 2013 abr;47(2):379-89.
26. Rodrigues FF, Calou CGP, Leandro TA, Antezana FJ, Pinheiro AKB, Silva VM, Alves MDS. Knowledge and practice of the nurse about leprosy: actions of control and elimination. *Rev Bras Enferm.* 2015 Mar-Apr;68(2):271-7.
27. Silva Sobrinho RA, Mathias TAF, Gomes EA, Lincoln PB. Avaliação do grau de incapacidade em hanseníase: uma estratégia para sensibilização e capacitação da equipe de enfermagem. *Rev Latino-Am Enferm.* 2007 nov-dez;15(6):1125-30.
28. Arantes CK, Garcia MLR, Filipe MS, Nardi SMT, Paschoal VD. Avaliação dos serviços de saúde em relação ao diagnóstico precoce da hanseníase. *Epidemiol Serv Saúde.* 2010 abri-jun;19(2):155-64.
29. Kelly-Santos A, Rosemberg B, Monteiro, S. Significados e usos de materiais educativos sobre hanseníase segundo profissionais de saúde pública do município do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública.* 2009 jan-abr;25(4):857-67.
30. Souza LB, Aquino PS, Fernandes JFP, Vieira NFC, Barroso MGT. Educação, cultura e participação popular: abordagem no contexto da educação em saúde. *Rev Enferm UERJ.* 2008 jan-mar;16(1):107-12.

Abstract

Objective: to assess the implementation of the actions of the Leprosy Control Program in Camaragibe, Pernambuco State, Brazil. **Methods:** evaluative research with 'implementation analysis', based on criteria, indicators and parameters guided from the construction of the Logic Model; four components were assessed – management, health care, epidemiological surveillance, health education and communication –; direct observation/questionnaire was used, as well as data from the Information System for Notifiable Diseases. **Results:** the implementation of the program was incipient (58,3%); the estimate for the components varied from 'not implemented' (health education and communication, 48,0%), 'incipient' (management, 53,3%; health care, 57,2%) to 'partially implemented' (epidemiological surveillance, 73,0%); in 2012, it was observed low proportion of examined contacts (28,4%), treatment dropout (34,1%), limited standardization of patient care flow, and poor resolution of problems by managers. **Conclusion:** the level of implementation found was related to the organization of services, with negative repercussions regarding the result indicators.

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

Resumen

Objetivo: evaluar la implantación de las acciones del Programa de Control de la Hanseniasis en el municipio de Camaragibe, Pernambuco, Brasil. **Métodos:** investigación evaluativa tipo análisis de implantación, basada en criterios, indicadores y parámetros orientados por construcción del modelo lógico; se analizaron cuatro componentes: gestión, asistencia a salud, vigilancia epidemiológica, educación en salud y comunicación; se utilizó observación directa/cuestionario/datos del Sistema de Información de Agravios de Notificación. **Resultados:** el grado de implantación del Programa fue incipiente (58,3%); la estimación para los componentes varió entre 'no implantado' (educación en salud y comunicación, 48,0%), 'incipiente' (gestión, 53,3%; asistencia a salud, 57,2%) y 'parcialmente implantado' (vigilancia epidemiológica, 73,0%); en 2012, se observó baja proporción de contactos examinados (28,4%), abandono de tratamiento (34,1%), limitada uniformidad del flujo de atención a pacientes y deficiente resolución de obstáculos mediante soporte de gestión. **Conclusión:** el grado de implantación se relacionó con la organización de servicios, con repercusiones negativas sobre los resultados.

Palabras-clave: Evaluación en Salud; Lepra, Control de Enfermedades Transmisibles; Evaluación de Programas y Proyectos de Salud; Atención Primaria de Salud

Recebido em 30/04/2017

Aprovado em 17/06/2017