

---

# Desafios para a implantação integrada do Programa Nacional de Controle da Hanseníase em dois municípios do sudoeste da Bahia

| **Camila Pereira Jardim**

UFBA IMS/CAT

| **Vigna Maria de Araújo**

UFBA IMS/CAT

| **Daniela Arruda Soares**

UFBA IMS/CAT

| **Cristiane Abdon Nunes**

UFBA

| **Eliana Amorim de Souza**

UFBA IMS/CAT

| **Nilia Maria de Brito Lima Prado**

UFBA IMS/CAT

# RESUMO

O presente estudo objetivou avaliar a implantação das ações propostas pelo Programa Nacional de Controle da Hanseníase em dois municípios, de pequeno e médio porte, localizados no sudoeste da Bahia. Trata-se de uma avaliação normativa e qualitativa, com entrevistas semiestruturadas com gestores e profissionais de saúde de diversas categorias, selecionados por amostra de conveniência, além de análise de documentos municipais e estaduais. A análise dos dados baseou-se em uma matriz de critérios e padrões do programa, contemplando três subdimensões: diagnóstico, tratamento e vigilância à saúde. Os resultados demonstram que os municípios estudados obtiveram graus de implantação diferentes. Quanto à implantação das subdimensões, o município 1 apresentou desempenho incipiente na subdimensão Vigilância à Saúde, mas classificou-se como intermediário nas subdimensões de Diagnóstico e Tratamento. Já o município 1 obteve parâmetro avançado na implantação das suas subdimensões. Conclui-se que a implantação do programa foi considerada como intermediária no município 1 e avançada no município 2. Apesar do esforço dos profissionais para organizar um fluxo assistencial, observou-se ainda fragilidades na gestão e na execução de ações descentralizadas para a Atenção Primária à Saúde nos dois municípios, relacionadas especialmente à aspectos estruturais, organizacionais e capacidade de gestão local.

**Palavras-chave:** Avaliação em Saúde, Hanseníase, Doenças Negligenciadas, Atenção Primária à Saúde, Pesquisa Qualitativa.



## ■ INTRODUÇÃO

Com os avanços das políticas públicas e estratégias nacionais e internacionais para o controle da hanseníase, foram elaborados documentos técnicos e normativos que embasaram o Programa Nacional de Controle da Hanseníase (BRASIL, 2016). Tais normativas são compostas por informações e subsídios para desenvolvimento, aprimoramento e qualificação do atendimento integral à pessoa acometida pela hanseníase e seus contatos, tanto no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), como nos serviços especializados de média ou alta complexidade (BRASIL, 2016).

Entretanto, múltiplos fatores podem influenciar e interferir na operacionalização das ações previstas nos documentos normativos. A avaliação em saúde pressupõe a necessidade de analisar práticas, ações, programas e serviços de saúde visando subsidiar a tomada de decisões (HARTZ; VIEIRA-DA-SILVA, 2005). Ao se considerar que a implantação de um programa corresponde à sua operacionalização, os estudos de avaliação da implantação buscam compreender e mensurar em que medida uma intervenção está sendo implantada conforme planejada, especialmente intervenções complexas como o Programa Nacional de Controle da Hanseníase, que envolve atores sociais e situações políticas e organizacionais diversas (VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

Estudos dessa natureza despontam como ferramentas úteis para a compreensão das fragilidades e potencialidades no desenvolvimento das políticas e programas, principalmente por descrever os principais componentes da intervenção em análise, apreender o seu alcance e detalhar os principais aspectos para a efetiva implementação do programa como os objetivos, ações necessárias, atores responsáveis e resultados esperados (VIEIRA-DA-SILVA, 2014). A partir disso, é possível compor estratégias para avaliar e monitorar de que forma as ações e serviços estão organizados e implementados em diferentes realidades do território brasileiro.

Desta forma, analisar como o programa vem sendo implementado, torna-se crucial, especialmente quando se observa que hanseníase permanece como um agravo de difícil controle, com evidências de fragilidades na operacionalização das ações de controle para a doença, especialmente no âmbito da APS (BOIGNY *et al.*, 2020; SOUZA *et al.*, 2020). Apesar disso, ainda são escassos os estudos que se utilizam dessa ferramenta para avaliação de programas e intervenções.

Destarte, o presente estudo tem por objetivo avaliar em que medida as ações de vigilância, diagnóstico e tratamento propostas pelo Programa Nacional de Controle da Hanseníase estão de fato implantadas na Atenção Primária à Saúde e em serviços de referência, em dois municípios do sudoeste da Bahia.



## ■ MÉTODO

Este estudo constitui parte do projeto de pesquisa intitulado Integração de Ações de Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças Tropicais Negligenciadas: perspectivas epidemiológicas e operacionais para hanseníase e doença de Chagas no SUS no Sudoeste do estado da Bahia, aprovado pelo Edital FAPESB nº 003/2017, Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS), aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Bahia – Campus Anísio Teixeira (parecer nº 2 644 039).

Trata-se de estudo avaliativo do tipo avaliação da implantação 1b, com o intuito de avaliar o grau de implantação das ações previstas no Programa Nacional de Controle da Hanseníase em dois municípios do sudoeste da Bahia, com diferentes portes populacionais e características de organização da gestão e assistência dos sistemas locais de saúde, que pertencem a uma mesma região de saúde.

O Programa Nacional de Controle da Hanseníase constitui a intervenção<sup>1</sup> que será avaliada nesse estudo. Optou-se por realizar um estudo de caso único, que buscou analisar em profundidade um fenômeno em um só meio: a atenção à saúde, a partir de uma análise crítica, onde confrontou-se um modelo teórico bem desenvolvido com uma realidade empírica.

O estudo foi realizado em dois municípios do Sudoeste da Bahia. O primeiro, está localizado no centro sul da Bahia, com população estimada em 17 481 habitantes em 2018, densidade demográfica de 10,14 hab/km<sup>2</sup> e caracterizado como município rural adjacente (IBGE, 2017). Desenvolve as ações direcionadas para o cuidado e atenção à hanseníase no nível primário de atenção, visto que não possui Serviço de Referência especializado. Apresenta 100% de cobertura da Estratégia de Saúde da Família, através de 6 unidades de saúde, que contempla também 100% de cobertura de Atenção Básica (E-GESTOR AB, 2019).

Com relação à hanseníase, em 2010 foram notificados 19 novos casos da doença no território, o que representou um coeficiente de detecção geral de 105, 91 e caracterizou o município como hiperêndêmico (TREMEDAL, 2020; BRASIL, 2016). Entretanto, em 2019 apenas 2 casos novos foram detectados no município, o que reduziu o coeficiente de detecção para 11,44 (TREMEDAL, 2020). Estes dados, instigaram a realização de pesquisas no local, visto que pode ser um indicativo de dificuldades para a operacionalização das ações desenvolvidas para o controle do agravo no município.

O município 2 está situado no sudoeste baiano com população estimada de 338 885 habitantes, considerado urbano pelo IBGE (2017), se caracteriza como centro administrativo

---

1 Como intervenção entende-se um sistema organizado de ação que inclui os agentes; os recursos e regras que compõem sua estrutura; os processos e relações entre os recursos e atividades; e um objetivo para o qual o processo de ação é orientado. Para que a intervenção seja passível de avaliação, faz-se necessário defini-la e estabelecer-lhe o modelo lógico (BROUSSELLE *et al.*, 2011).



de toda a região. A cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) em dezembro de 2019 foi de 48,87% enquanto a cobertura de Atenção Básica neste período foi de 60,6% (E-GESTOR AB, 2019). Dispõe de serviço de referência para hanseníase, onde a maior parte da atenção e cuidado oferecido aos casos diagnosticados é centralizada, apesar de não haver uma rotina de sistematização na divulgação dos indicadores e dados da atenção prestada.

Em 2019, o coeficiente de detecção de casos novos de hanseníase foi de 7,31 (SAGE, 2021), classificando-o como de média endemicidade, enquanto a Bahia apresentou no mesmo ano, o índice de 14,44 (alta endemicidade) segundo informações do SINAN (SESAB, 2020). Estes dados apresentam uma redução importante se comparados ao período de 2015, quando o mesmo coeficiente foi avaliado em 18,65 (SESAB, 2020). Dessa forma, torna-se pertinente proceder a uma investigação no município para compreender se de fato as ações em saúde estão implementadas e efetivadas, resultando nessa redução significativa do seu indicador.

Estes municípios situados na mesma macrorregião de saúde estão classificados em diferentes estratos de contingente populacional, e caracterizam-se em diferentes tipologias socioespaciais quando se considera suas densidades demográficas, localização em relação aos principais centros urbanos e tamanho da população (IBGE, 2017). Essas distintas conformações configuraram-se num fator preponderante para a escolha desses dois municípios, visto que fornece a possibilidade de compreender e avaliar o programa em contextos de diferentes estruturas organizacionais, aspectos ambientais, culturais, sociais e econômicos, e a oferta de serviços e ações de saúde voltadas para a hanseníase. Os informantes chave deste estudo foram atores locais que coordenam e/ou executam o programa nos diversos níveis de atenção (Quadro 1), considerando-se que o olhar dos profissionais que atuam na APS, pode revelar diferentes concepções sobre a operacionalização (ou não) do programa. Todos foram selecionados através de amostra por conveniência. Os informantes chave deste estudo foram atores locais que coordenam e/ou executam o programa nos diversos níveis de atenção (Quadro 1), considerando-se que o olhar dos profissionais que atuam na APS, pode revelar diferentes concepções sobre a operacionalização (ou não) do programa. Todos foram selecionados através de amostra por conveniência.



**Quadro 1.** Caracterização dos sujeitos do estudo identificados nos dois municípios.

Município	Atuação	Duração da entrevista	Código
M1	Secretária Municipal de Saúde	00:33:25	G1 – M1
	Coordenadora da Atenção Básica	00:42:22	G2 – M1
	Coordenadora da Vigilância Epidemiológica	00:50:56	G3 – M1
	Coordenador da Assistência Farmacêutica	00:24:27	G4 – M1
	Apoiadora Institucional	00:37:59	G5 – M1
	Enfermeira	01:25:49	P1 – M1
	Médica	00:45:46	P2 – M1
	Fisioterapeuta do NASF-AB	00:31:46	P3 – M1
<b>ENTREVISTADOS M1</b>		05:52:30	08
M2	Coordenadora da Vigilância Epidemiológica	01:44:08	G1 – M2
	Diretora da Atenção Básica	01:19:46	G2 – M2
	Apoiadora Institucional	00:52:33	G3 – M2
	Enfermeira do Serviço de Referência	02:37:27	P1 – M2
	Fisioterapeuta do Serviço de Referência	01:21:45	P2 – M2
	Farmacêutica do Serviço de Referência	01:01:09	P3 – M2
	Médica ESF (zona urbana)	01:06:12	P4 – M2
	Enfermeira ESF (zona urbana)	00:51:42	P5 – M2
	Fisioterapeuta do NASF-AB	00:49:47	P6 – M2
<b>ENTREVISTADOS M2:</b>		11:44:29	09
<b>TOTAL DE ENTREVISTADOS:</b>		17:36:59	17

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2021. Legenda: M: Município, G: Gestor, P: Profissional.

Os dados foram produzidos por meio de entrevistas semiestruturadas, realizadas entre julho de 2019 e novembro de 2020, orientadas por roteiros específicos para cada categoria de informantes vinculados ao programa nos municípios. As entrevistas foram gravadas após autorização dos depoentes, e transcritas na íntegra. Todas as informações derivadas foram processadas a partir da construção de uma planilha em Excel®.

Em paralelo, foi realizada a análise dos documentos técnicos e normativos, como o relatório anual de gestão e planos de ação municipais que descrevem a formulação, o planejamento e execução das ações em saúde voltadas para hanseníase desenvolvidas pelos municípios estudados.

Os dados coletados nas entrevistas foram analisados por meio da leitura flutuante das respostas, sistematização das ideias iniciais e exploração do material para codificação das questões, conforme as categorias operacionais pré-estabelecidas (BARDIN, 2011). As ideias centrais fornecidas pelos informantes foram analisadas e classificadas, de modo a permitir a identificação de convergências e divergências nos discursos e triangulação das fontes de evidência mediante a leitura dos documentos e entrevistas transcritas.

Posteriormente, foi realizada uma categorização em unidades de análise com base nos objetivos, ações e componentes da intervenção e a síntese dos resultados. Todas as informações foram processadas e sistematizadas em planilha do Excel®, com o auxílio do



programa NVIVO versão Pró e analisadas mediante as categorias operacionais referentes ao diagnóstico, tratamento e vigilância à saúde.

O cálculo do grau de implantação foi obtido pela relação entre a pontuação observada em cada critério, dimensão ou nível e suas respectivas pontuações máximas de cada, multiplicadas por 100:  $\text{Escore} = \text{Pontuação obtida} / \text{pontuação máxima} \times 100$ , onde a Pontuação obtida =  $\sum$  da pontuação obtida em cada critério, dimensão ou nível e a Pontuação Máxima =  $\sum$  da pontuação máxima de cada critério, dimensão ou nível. A partir do escore alcançado, classificou-se o grau de implantação em três categorias: incipiente > 25 e < 49 pontos; intermediário > 50 e < 74 pontos e; avançado > 75 pontos.

## ■ RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este estudo comparou, em dois municípios no sudoeste da Bahia, as dimensões descritas a partir das normas apresentadas nas *Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública* (2016). Foram consultados também documentos técnicos mais recentes como a *Estratégia Nacional para o Enfrentamento da Hanseníase 2019-2022* e o *Guia de Vigilância Epidemiológica* (2019), que subsidiaram a construção de uma matriz de critérios contendo as dimensões, subdimensões e padrões priorizados para implantação do programa nos sistemas locais.

Dessa forma, foram consideradas as dimensões Assistencial e Institucional, de onde originaram-se as subdimensões: Diagnóstico, Tratamento e Vigilância à Saúde. Para obtenção dos resultados e da discussão sobre a temática, tornou-se pertinente especificar a pontuação obtida pelos municípios (Tabela 1) e mensurar o grau de implantação obtido por cada subdimensão (Gráfico 1).



**Tabela 1.** Distribuição da pontuação atingida em cada critério nos municípios 1 e 2, 2021 (continua).

DIMENSÕES/SUBDIMENSÕES/PADRÕES/CRITÉRIOS	PONT. MÁXIMA	M1	M2
<b>DIMENSÃO ASSISTENCIAL: DIAGNÓSTICO</b>			
Padrão: Realizar diagnóstico clínico	<b>5,15</b>	<b>2,48</b>	<b>4,6</b>
Deve-se realizar anamnese, exame geral e dermatoneurológico para identificar lesões ou áreas de pele com alteração de sensibilidade (térmica, tátil e/ou dolorosa) e/ou comprometimento de nervos periféricos, com alterações sensitivas e/ou motoras e/ou autonômicas?	1,6	1,4	1,6
Deve-se considerar caso de hanseníase e realizar tratamento com poliquimioterapia (PQT) se: presença de lesão(ões) e/ou área(s) da pele com alteração da sensibilidade térmica e/ou dolorosa e/ou tátil; ou espessamento de nervo periférico, associado a alterações sensitivas e/ou motoras e/ou autonômicas; ou presença de bacilos M. leprae confirmada na baciloscopia de esfregaço intradérmico ou na biopsia de pele?	1,8	1,0	1,5
Deve-se definir e classificar através de critérios clínicos (história clínica e epidemiológica e exame dermatoneurológico) a forma da doença baseado no número de lesões cutâneas: PAUCIBACILAR (PB) - de 1 a 5 lesões de pele; MULTIBACILAR (MB) - mais de cinco lesões de pele?	0,15	0,08	0,10
Deve-se aplicar o Protocolo Complementar de Investigação Diagnóstica de Casos de Hanseníase em Menores de 15 anos em casos de suspeição diagnóstica de hanseníase em menores de 15 anos?	1,6	0,0	1,4
Padrão: Realizar diagnóstico das reações hansênicas e monitorar o comprometimento de nervos periféricos para a avaliação da terapêutica antirreacional	<b>4,2</b>	<b>0</b>	<b>4,2</b>
Deve-se diferenciar o tipo de reação hansênica por meio de exame físico geral e dermatoneurológico do(a) paciente?	1,4	0	1,4
Deve-se investigar fatores predisponentes como infecções, infestações, distúrbios hormonais, fatores emocionais e outros?	1,4	0	1,4
Deve-se agendar consulta odontológica e orientar quanto à higiene dental?	1,4	0	1,4
Padrão: Avaliar a integridade da função neural e o grau de incapacidade física	<b>5,05</b>	<b>2,35</b>	<b>5,05</b>
Deve-se avaliar a integridade da função neural e o grau de incapacidade física no momento do diagnóstico, na ocorrência de episódios reacionais e na alta por cura (término da poliquimioterapia)?	0,5	0,3	0,5
A avaliação neurológica deve ser realizada no início do tratamento; a cada três meses durante o tratamento se não houver queixas; sempre que houver queixas, tais como: dor em trajeto de nervos, fraqueza muscular, início ou piora de queixas parestésicas; no controle periódico de doentes em uso de corticoides por episódios reacionais e neurites; na alta do tratamento; no acompanhamento pós-operatório de descompressão neural com 15, 45, 90 e 180 dias?	0,5	0,0	0,5
O grau de incapacidade física deve ser avaliado, no mínimo, no diagnóstico e no momento da alta por cura?	0,5	0,3	0,5
Para determinar o grau de incapacidade física deve-se realizar o teste de força muscular e de sensibilidade dos olhos, mãos e pés?	0,15	0,15	0,15
Deve-se realizar testes para avaliar a sensibilidade dos olhos, das mãos e dos pés com utilização do conjunto de monofilamentos de Semmes-Weinstein em mãos e pés e do fio dental (sem sabor) para os olhos?	1,6	1,6	1,6
Para avaliação da força motora utiliza-se o teste manual da exploração da força muscular, a partir da unidade músculo-tendinosa durante o movimento e da capacidade de oposição à força da gravidade e à resistência manual, em cada grupo muscular referente a um nervo específico?	1,8	0,0	1,8
Padrão: Diagnosticar precocemente e prevenir a instalação de deficiências e incapacidades físicas	<b>1,7</b>	<b>1,4</b>	<b>1,7</b>
Deve-se instituir na rotina dos serviços de saúde, a prevenção de deficiências (temporárias) e incapacidades (permanentes), recomendadas para todos os doentes?	0,15	0,0	0,15
Os casos de incapacidade física que requerem técnicas complexas devem ser encaminhados aos serviços especializados ou serviços gerais de reabilitação?	1,4	1,4	1,4
Pacientes com incapacidade instalada, apresentando mão em garra, pé caído, lagofalmo, madarose superciliar, desabamento da pirâmide nasal, queda do lóbulo da orelha, atrofia cutânea da face, devem ser encaminhado para avaliação e indicação de cirurgia de reabilitação em centros de atenção especializada hospitalar, desde que tenha completado o tratamento PQT e não apresente estado inflamatório reacional e/ou uso de medicamentos antirreacionais há pelo menos um ano?	0,15	0,0	0,15
Padrão: Identificar e acompanhar as reações hansênicas	<b>6,9</b>	<b>2,5</b>	<b>6,9</b>
Deve-se diferenciar o tipo de reação hansênica para iniciar o tratamento adequado?	1,4	1,0	1,4
Deve-se investigar e controlar fatores potencialmente capazes de desencadear os episódios reacionais?	1,8	0,0	1,8
Deve-se conhecer as contraindicações, interações e efeitos adversos dos medicamentos utilizados no tratamento da hanseníase e em seus episódios reacionais?	1,4	1,0	1,4
Devem ser consideradas como situações de emergência e encaminhadas às unidades de saúde do nível secundário e terciário, para tratamento nas primeiras 24 horas?	1,8	0,5	1,8
O acompanhamento do paciente com reação deve ser realizado em serviços de referência?	0,5	0,0	0,5

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2021.



**Tabela 1.** Distribuição da pontuação atingida em cada critério nos municípios 1 e 2, 2021 (continua).

DIMENSÕES/SUBDIMENSÕES/PADRÕES/CRITÉRIOS	PONT. MÁXIMA	M1	M2
<b>DIMENSÃO ASSISTENCIAL: DIAGNÓSTICO</b>			
Padrão: Diagnosticar precocemente reações e recidivas pós-alta por cura	7,0	1,0	7,0
Os pacientes devem ser orientados para retorno imediato à unidade de saúde, em caso de aparecimento de novas lesões de pele e/ou de dores nos trajetos dos nervos periféricos e/ou piora da função sensitiva e/ou motora?	1,8	1,0	1,8
Deve-se considerar em Casos paucibacilares (PB): Paciente que após alta por cura e tratamento com seis doses de PQT-PB ou com outros esquemas substitutivos protocolados, apresentar novos nervos afetados, novas áreas com alterações de sensibilidade, novas lesões e/ou exacerbação de lesões anteriores e que não respondem ao tratamento com corticosteroide nas doses recomendadas – por pelo menos 30 dias para lesões cutâneas de reação reversa (reação tipo 1) e por 90 dias para comprometimento neurológico (neurite), além de pacientes com surtos reacionais tardios, que em geral ocorrem cinco anos após a alta?	1,6	0	1,6
Deve-se considerar em Casos multibacilares (MB): Paciente que após alta por cura e tratamento com 12/24 doses de PQT-MB ou com outros esquemas substitutivos preconizados, apresentar novas lesões cutâneas, evolução de lesões antigas, novas alterações neurológicas que não respondem ao tratamento com talidomida e/ou corticosteroide nas doses e prazos recomendados; baciloscopia positiva (índice baciloscópio) igual ou maior que a do momento da cura, coletado nos mesmos sítios (se disponível, considerar a baciloscopia existente); pacientes com surtos reacionais tardios geralmente após cinco anos da alta, podendo ocorrer em período menor, além de, quando disponível, manutenção de altos níveis de ELISA anti-PGL1 e/ou com bacilos íntegros bem definidos no raspado dérmico e/ou biópsia de pele?	1,8	0	1,8
Deve-se realizar vigilância da resistência medicamentosa a PQT?	1,8	0,0	1,8
<b>TOTAL</b>	<b>30,00 (100%)</b>	<b>16,7 (55,7%)</b>	<b>29,4 (98%)</b>
<b>MENSURAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO</b>		<b>INT</b>	<b>AVA</b>
DIMENSÕES/SUBDIMENSÕES/PADRÕES/CRITÉRIOS	PONT. MÁXIMA	M1	M2
<b>DIMENSÃO ASSISTENCIAL: TRATAMENTO</b>			
Padrão: Monitorar o paciente durante o tratamento medicamentoso	9,85	6,45	9,85
O tratamento da hanseníase é ambulatorial, devendo-se utilizar esquemas terapêuticos padronizados, de acordo com a classificação operacional?	0,65	0,65	0,65
Deve ser realizado, independente da classificação operacional, nas unidades básicas de saúde, ou ainda, desde que notificados e seguidos todas as ações de vigilância, em serviços especializados, hospitais públicos, universitários e/ou clínicas?	0,1	0,1	0,1
Deve-se agendar retorno a cada 28 dias, quando deve-se administrar a dose supervisionada no serviço de saúde e fornecer a cartela com os medicamentos autoadministrados?	0,35	0,35	0,35
Deve-se registrar no cartão de aprazamento, a data de retorno à unidade de saúde e utilizá-lo para controle da adesão ao tratamento?	0,75	0,75	0,75
Deve-se realizar visita domiciliar aos pacientes que não comparecerem à dose supervisionada, no máximo em até 30 dias?	0,75	00	0,75
Deve-se identificar reações hansênicas, efeitos adversos aos medicamentos e dano neural também através da revisão sistemática por médico/enfermeiro, no retorno para tomar a dose supervisionada?	0,35	0,35	0,35
Deve-se orientar e demonstrar a prática de autocuidado na rotina do atendimento mensal, sendo recomendada a organização de grupos de pacientes e familiares ou de pessoas de sua convivência que possam apoiá-los na execução dos procedimentos recomendados?	0,75	0,5	0,75
As práticas das técnicas de autocuidado devem ser avaliadas sistematicamente para evitar piora do dano neural por execução inadequada?	0,75	0,5	0,75
Deve-se valorizar e estimular o paciente na continuidade das práticas de autocuidado apoiado?	0,75	0,5	0,75
Deve-se encaminhar pessoas com hanseníase que apresentem outras doenças associadas (AIDS, tuberculose, nefropatias, hepatopatias, endocrinopatias) para avaliação em unidades de saúde especializadas de maior nível de atenção?	0,35	0,25	0,35
Deve-se realizar visita domiciliar aos pacientes que não comparecerem à dose supervisionada, no máximo em até 30 dias?	0,75	0,50	0,75
Em caso de gestação, os esquemas padrão PQT/OMS para tratamento da hanseníase têm sua utilização recomendada?	0,75	0,50	0,75
Deve-se orientar o paciente PB a não tomar a dose autoadministrada no dia da dose supervisionada?	0,75	0,50	0,75
Para crianças, o esquema terapêutico padronizado é: RFM: 450 mg (1 cápsula de 150 mg e 1 cápsula de 300 mg) com administração supervisionada. DDS: dose mensal de 50 mg supervisionada e dose diária de 50 mg autoadministrada?	0,65	0,0	0,65
Deve-se solicitar exames (Hemograma, TGO, TGP e creatinina) no início do tratamento PB, desde que estejam disponíveis e não retardem o início da PQT?	0,75	0,50	0,75
Deve-se realizar na 6ª dose: exame dermatológico, avaliação neurológica simplificada e do grau de incapacidade física para alta por cura?	0,65	0,5	0,65

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2021.

**Tabela 1. Distribuição da pontuação atingida em cada critério nos municípios 1 e 2, 2021 (continua)**

DIMENSÕES/SUBDIMENSÕES/PADRÕES/CRITÉRIOS	PONT. MÁXIMA	M1	M2
<b>DIMENSÃO ASSISTENCIAL: TRATAMENTO</b>			
Padrão: Padronizar e monitorar esquema terapêutico ambulatorial e AB para a forma Multibacilar	<b>5,2</b>	<b>3,15</b>	<b>5,2</b>
Deve-se orientar o paciente MB a não tomar a dose autoadministrada no dia da dose supervisionada?	0,75	0,75	0,75
Para adultos, o esquema terapêutico padronizado é: RFM: 600 mg (2 cápsulas de 300 mg) com administração supervisionada. DDS: dose mensal de 100 mg supervisionada e uma dose diária de 100 mg autoadministrada. CFZ: 300 mg (3 cápsulas de 100mg) com administração supervisionada e uma dose diária de 50 mg autoadministrada?	0,75	0,75	0,75
Para crianças, o esquema terapêutico padronizado é: RFM: dose mensal de 450 mg (1 cápsula de 150 mg e 1 cápsula de 300 mg) com administração supervisionada. DDS: dose mensal de 50 mg supervisionada e dose diária de 50 mg autoadministrada. CFZ: dose mensal de 150 mg (3 cápsulas de 50 mg) com administração supervisionada e uma dose de 50 mg autoadministrada em dias alternados?	0,65	0,0	0,65
Em crianças ou adultos com peso inferior a 30 kg, deve-se ajustar a dose de acordo com o peso: Dose mensal RFM (suspensão) - 10 a 20 mg/kg; DDS - 1 a 2 mg/kg; CFZ - 5 mg/kg. Dose diária: DDS - 1 a 2 mg/kg; CFZ - 1 mg/kg?	0,65	0,0	0,65
Para crianças com peso superior a 50 kg deve-se utilizar o mesmo tratamento prescrito para adultos?	0,35	0,0	0,35
Deve-se solicitar exames laboratoriais (Hemograma, TGO, TGP e creatinina) no início do tratamento MB, em episódios reacionais e em efeitos adversos a medicamentos no seguimento dos doentes, desde que estejam disponíveis e não retardem o início da PQT?	0,75	0,75	0,75
Deve-se realizar na <b>12ª dose</b> : exame dermatológico, avaliação neurológica simplificada e do grau de incapacidade física para alta por cura?	0,65	0,65	0,65
Pacientes MB que não apresentarem melhora clínica, com presença de lesões ativas da doença ao final do tratamento preconizado deverão ser encaminhados para avaliação em serviço de referência para verificar a conduta mais adequada para o caso?	0,65	0,25	0,65
Padrão: Instituir tratamento específico para casos de hanseníase neural primária	<b>0,75</b>	<b>0,75</b>	<b>0,75</b>
Deve-se realizar o tratamento com PQT de acordo com a classificação (PB ou MB) definida pelo serviço de referência e 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?	0,75	0,75	0,75
Padrão: Definir condutas para casos de intolerância grave ou contraindicação a uma ou mais drogas do esquema-padrão PQT/OMS	<b>3,35</b>	<b>1,85</b>	<b>3,35</b>
Os esquemas substitutivos serão disponibilizados pelos serviços especializados, ambulatorial e/ou hospitalar?	0,75	0,75	0,75
Todos os casos suspeitos de efeitos adversos aos medicamentos da PQT, deverão suspender o tratamento com imediato encaminhamento do doente para avaliação em unidade de maior nível de atenção?	0,75	0,5	0,75
Deve-se realizar exames laboratoriais complementares e prescrição da conduta adequada ao quadro?	0,35	0,35	0,35
Em crianças menores de 8 anos de idade: quando houver necessidade de retirada da Dapsona, encaminhar à unidade de referência para avaliação do caso e definição da conduta terapêutica. Quando houver necessidade de retirada da Rifampicina substituir por Ofloxacino na dose de 10 mg/kg/dia, e não pela Minociclina?	0,75	0,0	0,75
Em gestantes, MB ou PB, com intolerância à Dapsona, o esquema terapêutico recomendado é a associação da Rifampicina com a Clofazimina, pelo risco para o feto do uso da Ofloxacino e da Minociclina?	0,75	0,75	0,75
Padrão: Sistematizar avaliação e condutas no encerramento do tratamento	<b>3,4</b>	<b>1,75</b>	<b>3,15</b>
O encerramento da PQT (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, sempre com avaliação neurológica, avaliação do grau de incapacidade física e orientação para os cuidados pós-alta?	0,65	0,4	0,65
Em pacientes que não completaram o tratamento preconizado – PB: 6 doses em até 9 meses e MB: 12 doses em até 18 meses – deve-se reiniciar o tratamento, exceto casos em que o médico considerar que o paciente recebeu doses suficientes?	0,25	0,25	0,25
Casos MB sem melhora clínica e com presença de lesões ativas da doença ao final do tratamento preconizado deve-se encaminhar para avaliação em serviço de referência quanto à necessidade de 12 doses adicionais de PQT/MB?	0,75	0,25	0,75
Casos MB que iniciam o tratamento com numerosas lesões ou extensas áreas de infiltração cutânea devem ser avaliados em serviço de referência após completar o tratamento, para avaliar a necessidade de 12 doses adicionais de PQT/MB, devido ao maior risco de desenvolver reações e dano neural.	0,65	0,25	0,65
Considera-se abandono todo paciente que não conseguiu completar o tratamento dentro do prazo máximo permitido, apesar de repetidas tentativas para o retorno e seguimento do tratamento?	0,75	0,5	0,65
Casos em que o paciente PB perdeu mais de três meses de tratamento ou um paciente MB mais de seis meses de tratamento, considera-se que não será possível completá-lo no tempo máximo permitido?	0,35	0,1	0,2

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2021.

**Tabela 1.** Distribuição da pontuação atingida em cada critério nos municípios 1 e 2, 2021 (continua)

DIMENSÕES/SUBDIMENSÕES/PADRÕES/CRITÉRIOS	PONT. MÁXIMA	M1	M2
DIMENSÃO ASSISTENCIAL: TRATAMENTO			
Padrão: Instituir terapêutica medicamentosa e atenção adequada aos pacientes com reações hansênicas tipo 1 ou Reação Reversa (RR)	2,25	1,55	2,0
Na utilização de corticosteroides deve-se realizar: registro do peso, pressão arterial e glicemia de jejum para controle; Tratamento antiparasitário com medicamento específico para <i>Strongiloydes stercoralis</i> prevenindo a disseminação sistêmica deste parasita (Tiabendazol 50 mg/kg/dia, em 3 tomadas por 2 dias ou 1,5 g/dose única, ou Albendazol na dose de 400 mg/dia, durante 3 dias consecutivos) - verificar antes se não há gestação; Profilaxia da osteoporose: cálcio 1000 mg/dia, vitamina D 400-800 UI/dia ou Bifosfonatos (alendronato 70 mg/semana, administrado com água, pela manhã em jejum. Recomenda-se que o desjejum ou outra alimentação matinal seja realizada no mínimo 30 minutos após a ingestão do comprimido do alendronato)?	0,75	0,75	0,75
Na Reação tipo 1, deve-se manter a poli quimioterapia se o doente ainda estiver em tratamento específico, e não reintroduzi-la em situação de alta?	0,75	0,3	0,75
Deve-se programar e realizar ações de prevenção de incapacidades?	0,75	0,5	0,5
Padrão: Instituir terapêutica medicamentosa e atenção adequada aos pacientes com reações hansênicas tipo 2 ou Eritema Nodoso Hansênico (ENH)	4,55	3,95	4,55
Deve-se utilizar a talidomida como medicamento de escolha na dose de 100 a 400 mg/dia, conforme a gravidade do quadro?	0,65	0,65	0,65
Na impossibilidade do uso da talidomida, deve-se prescrever prednisona na dose 1 mg/kg peso/dia ou dexametasona na dose equivalente?	0,65	0,65	0,65
Na Reação tipo 2, deve-se manter a poli quimioterapia se o doente ainda estiver em tratamento específico e não a reintroduzir na situação de alta?	0,75	0,75	0,75
Para reação tipo 2: Deve-se utilizar a pentoxifilina, após alimentação, na dose de 1200 mg/dia, dividida em doses de 400 mg de 8/8 horas, associada ou não ao corticosteroide. Sugere-se iniciar com a dose de 400 mg/dia, com aumento de 400 mg a cada semana, no total de 3 semanas para alcançar a dose máxima e minimizar os efeitos gastrointestinais. Pode ser uma opção para os casos onde a talidomida for contraindicada, como em mulheres em idade fértil. A pentoxifilina pode beneficiar os quadros com predomínio de vasculites. Reduzir a dose conforme resposta terapêutica, após pelo menos 30 dias, observando a regressão dos sinais e sintomas gerais e dermatoneurológicos?	0,65	0,65	0,65
Deve-se reduzir a dose da talidomida e/ou do corticóide conforme resposta terapêutica?	0,75	0,75	0,75
Deve-se promover e realizar ações para prevenção de incapacidades?	0,75	0,5	0,75
Na associação de talidomida e corticoide, deve-se usar AAS 100 mg/dia como profilaxia para tromboembolismo?	0,35	0	0,35
Padrão: Seguimento dos casos de hanseníase (independentemente do tipo)	0,65	0,65	0,65
Os casos de hanseníase devem ser acompanhados através das seguintes ações: Agendar retorno a cada 28 dias; dose supervisionada; reforçar a importância do exame dos contatos e agendar o exame clínico e a vacinação dos contatos; registrar no cartão de agendamento da data de retorno à unidade de saúde e o controle da adesão ao tratamento; realizar monitoramento clínico e terapêutico; busca ativa dos doentes que não comparecerem à dose supervisionada no máximo em 30 dias?	0,65	0,65	0,65
<b>TOTAL</b>	<b>30,00 (100%)</b>	<b>20,1 (67%)</b>	<b>29,5 (98,3%)</b>
<b>MENSURAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO</b>		<b>INT</b>	<b>AVA</b>
DIMENSÕES/SUBDIMENSÕES/PADRÕES/CRITÉRIOS	PONT. MÁXIMA	M1	M2
DIMENSÃO INSTITUCIONAL: VIGILÂNCIA À SAÚDE			
Padrão: Desenvolver ações de vigilância e controle em áreas de ex-colônias de hanseníase	6,0	1,0	3,0
Deve-se promover vigilância de contatos ou exame de coletividade?	1,5	0,0	0,0
Deve-se investigar casos de recidiva, pela possibilidade de ocorrência de resistência medicamentosa em pessoas submetidas a monoterapia sulfônica/esquema DND?	1,5	1,0	1,5
Deve-se promover ações de prevenção e reabilitação física, psicossocial e profissional?	1,5	0,0	1,5
Deve-se integrar essas instituições (ex-colônias) à rede de serviços do SUS?	1,5	0,0	0,0
Padrão: Desenvolver ações de educação em saúde para reduzir a carga da hanseníase	0,9	0,0	0,9
Deve-se promover ações de educação em saúde dirigidas às: equipes de saúde, aos casos suspeitos e doentes, aos contatos de casos índices, aos líderes da comunidade e ao público em geral?	0,9	0,0	0,9
Padrão: Garantir informações sobre a distribuição, a magnitude e a carga de morbidade da doença nas diversas áreas geográficas	3,6	2,2	2,7
Deve-se realizar investigação epidemiológica para detecção de casos novos através do atendimento da demanda espontânea (casos suspeitos que procuram a unidade de saúde espontaneamente; indivíduos com dermatoses e/ou neuropatias periféricas e casos encaminhados por meio de triagem); busca ativa de casos novos e vigilância de contatos (para descobrir casos novos entre os que convivem ou viveram, de forma prolongada com o caso novo diagnosticado, e descobrir as possíveis fontes de infecção no domicílio (familiar) ou fora dele (social), independentemente de qual seja a classificação operacional do doente)?	0,9	0,0	0,5

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2021.

**Tabela 1.** Distribuição da pontuação atingida em cada critério nos municípios 1 e 2, 2021 (continua)

DIMENSÕES/SUBDIMENSÕES/PADRÕES/CRITÉRIOS	PONT. MÁXIMA	M1	M2
<b>DIMENSÃO INSTITUCIONAL: VIGILÂNCIA À SAÚDE</b>			
A descoberta do caso de hanseníase deve ser feita por meio da detecção ativa (investigação epidemiológica de contatos e exame de coletividade, como inquéritos e campanhas) e passiva (demanda espontânea e encaminhamento)?	1,5	1,0	1,0
A saída por “abandono” deverá ser informada quando os pacientes PB não compareceram ao tratamento por mais de três meses e os pacientes MB por mais de seis meses, mesmo após inúmeras tentativas de busca e retorno ao tratamento por parte dos profissionais?	1,2	1,2	1,2
Padrão: Acompanhar rotineiramente as principais ações estratégicas para o controle da hanseníase, bem como realizar acompanhamento e seguimento da evolução clínica dos doentes	<b>2,4</b>	<b>0,0</b>	<b>0,9</b>
Deve-se construir um fluxo de informações segundo a lógica do envio sistemático dos dados e atualização permanente do sistema de informações, desde o nível municipal até a esfera federal?	1,5	0,0	0,0
O município é responsável por imprimir e enviar mensalmente às unidades de saúde o Boletim de Acompanhamento para atualização das informações?	0,9	0,0	0,9
Padrão: Realizar investigação epidemiológica de contato domiciliar e social	<b>3,8</b>	<b>2,1</b>	<b>2,1</b>
Considerar contato domiciliar toda e qualquer pessoa que resida ou tenha residido com o doente de hanseníase.	0,9	0,9	0,9
Deve-se considerar contato social qualquer pessoa que conviva/tenha convivido em relações familiares ou não, de forma próxima e prolongada com paciente não tratado?	1,2	1,2	1,2
Contatos familiares recentes ou antigos de pacientes MB e PB devem ser examinados, independente do tempo de convívio?	0,2	0,0	0,0
Deve-se realizar anamnese de sinais e sintomas, exame dermatoneurológico de todos os contatos dos casos novos detectados e vacinação BCG para os contatos sem sinais e sintomas, não importando o tipo PB ou MB?	1,5	0,0	0,0
Padrão: Instituir vacinação BCG-ID nos contatos, sem presença de sinais e sintomas de hanseníase no momento da avaliação, independentemente de serem contatos de casos PB ou MB	<b>1,5</b>	<b>1,5</b>	<b>1,5</b>
A aplicação da vacina BCG depende da história vacinal e deve seguir as recomendações: Sem cicatriz: Prescrever uma dose; com uma cicatriz de BCG: Prescrever uma dose; com duas cicatrizes de BCG: Não prescrever nenhuma dose?	1,5	1,5	1,5
Padrão: Monitorar o progresso da eliminação da hanseníase enquanto problema de saúde pública	<b>0,5</b>	<b>0</b>	<b>0,5</b>
Deve-se utilizar estes indicadores e parâmetros para monitoramento do progresso da eliminação da hanseníase enquanto problema de saúde pública: Taxa de prevalência anual de hanseníase por 10 mil habitantes: Hiperendêmico: $\geq 20,0$ por 10 mil hab. Muito alto: 10,0 a 19,9 por 10 mil hab. Alto: 5,0 a 9,9 por 10 mil hab. Médio: 1,0 a 4,9 por 10 mil hab. Baixo: $< 1,0$ por 10 mil hab. Taxa de detecção anual de casos novos de hanseníase por 100 mil habitantes: Hiperendêmico: $> 40,0/100$ mil hab. Muito alto: 20,00 a 39,99/100 mil hab. Alto: 10,00 a 19,99/100 mil hab. Médio: 2,00 a 9,99/100 mil hab. Baixo: $< 2,00/100$ mil hab. Taxa de detecção anual de casos novos de hanseníase, na população de zero a 14 anos, por 100 mil habitantes: Hiperendêmico: $\geq 10,00$ por 100 mil hab. Muito alto: 5,00 a 9,99 por 100 mil hab. Alto: 2,50 a 4,99 por 100 mil hab. Médio: 0,50 a 2,49 por 100 mil hab. Baixo: $< 0,50$ por 100 mil hab. Taxa de casos novos de hanseníase com grau 2 de diagnóstico por 100 mil hab.: A tendência de redução da taxa de detecção, acompanhada da queda deste indicador, caracteriza redução da magnitude da epidemia. (Indicador calculado somente quando o percentual de casos com grau de incapacidade física avaliado for maior ou igual a 75%). Proporção de casos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico entre os casos novos detectados e avaliados no ano: Alto: $\geq 10\%$ . Médio: 5 a 9,9%. Baixo: $< 5\%$ . (Indicador calculado somente quando o percentual de casos com grau de incapacidade física avaliado for maior ou igual a 75%). Proporção de casos de hanseníase curados com grau 2 de incapacidade física entre os casos avaliados no momento da alta por cura no ano: Alto: $\geq 10\%$ . Médio: 5 a 9,9%. Baixo: $< 5\%$ . (Indicador calculado somente quando o percentual de casos com grau de incapacidade física avaliado for maior ou igual a 75%). Proporção de casos de hanseníase, segundo gênero entre o total de casos novos: Não especifica parâmetro. Proporção de casos segundo classificação operacional entre o total de casos novos: Não especifica parâmetro. Taxa de detecção de casos novos, segundo raça/cor entre população das respectivas raças/cor: Não especifica parâmetro.	0,5	0	0,5
Padrão: Programar, adquirir e distribuir os medicamentos e insumos para tratamento da hanseníase, pelo Ministério da Saúde, com participação das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde	<b>9,6</b>	<b>4,5</b>	<b>9,1</b>
Cabe às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde a gestão da distribuição às unidades de saúde onde são dispensados, zelando para que não haja descontinuidade na oferta desses medicamentos?	1,5	0,5	1,5
A unidade básica de saúde deve disponibilizar o tratamento completo Poliquimioterápico (PQT/OMS) para cada caso conforme faixa etária e classificação operacional?	1,5	1,0	1,0
O armazenamento da medicação deve ser feito em local arejado, sem umidade, calor ou luminosidade excessiva?	1,5	0,5	1,5
As referências (serviços especializados, ambulatorial e/ou hospitalar) são responsáveis por disponibilizar o tratamento completo para cada caso que necessitar de esquemas substitutivos?	1,2	0,0	1,2

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2021.

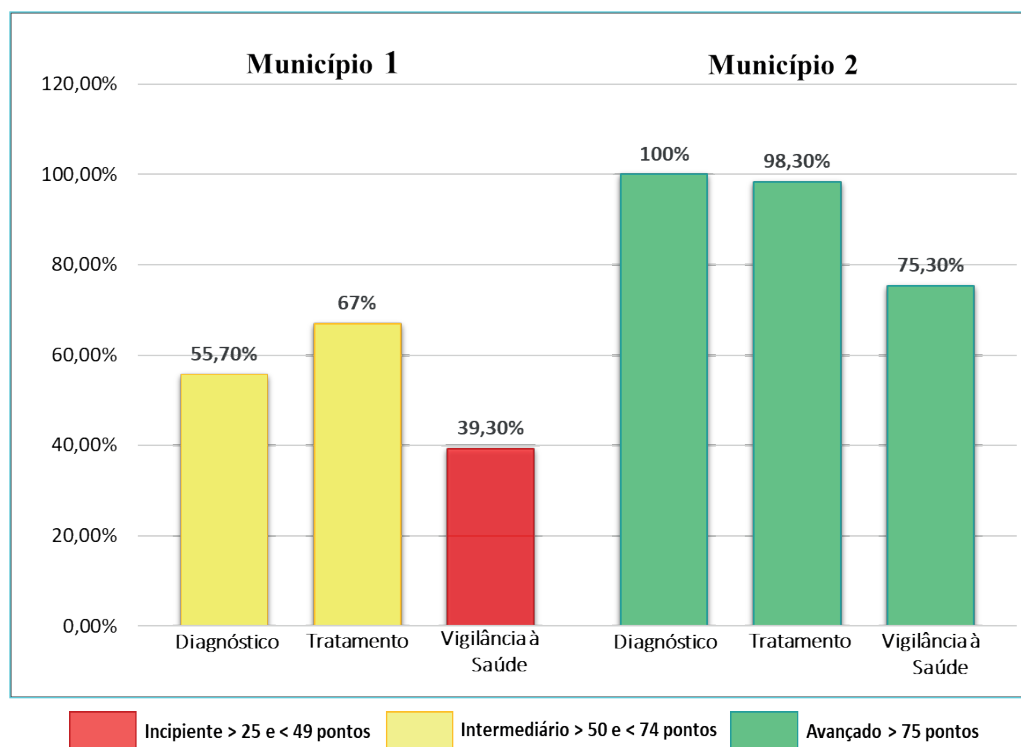
**Tabela 1.** Distribuição da pontuação atingida em cada critério nos municípios 1 e 2, 2021.

DIMENSÕES/SUBDIMENSÕES/PADRÕES/CRITÉRIOS	PONT. MÁXIMA	M1	M2
<b>DIMENSÃO INSTITUCIONAL: VIGILÂNCIA À SAÚDE</b>			
O estoque regulador de tratamento PQT/OMS para a assistência nos três níveis de complexidade e dos medicamentos dos esquemas substitutivos e antirreacionais para os Centros de Referência municipais, regionais, estaduais e nacionais é estimado a partir do número de casos novos detectados no ano anterior, conforme matriz programática específica?	1,5	1,0	1,5
Deve-se seguir protocolos para corticoterapia prolongada e uso dos insumos para apoio à prevenção de incapacidades físicas de olhos, mãos e pés, durante e após o tratamento, conforme indicação?	1,5	1,5	1,5
Testes de sensibilidade e para coleta de material para baciloscopia devem estar disponíveis em todos os serviços de saúde?	0,9	0,0	0,9
Padrão: Padronizar o sistema de informação, registros em prontuários, acompanhamento e agendamento/aprazamento de consultas	<b>4,2</b>	<b>2,95</b>	<b>3,45</b>
O prontuário da pessoa com hanseníase deverá ser o mesmo utilizado para os demais atendimentos realizados na unidade de saúde, acrescido de anexos constituídos por impressos específicos como cópia da ficha de notificação, ficha de avaliação neurológica simplificada e do grau de incapacidade física e informações sobre a evolução do caso?	1,5	1,0	1,5
Devem constar no prontuário os seguintes formulários: cópia da ficha de notificação/investigação de hanseníase do Sinan; Registro da vigilância de contatos domiciliares de hanseníase; Protocolo Complementar de investigação diagnóstica de casos de hanseníase em menores de 15 anos; Formulário para Avaliação do Grau de Incapacidade Física ; Formulário para avaliação neurológica simplificada; outros formulários que se fizerem necessários para o acompanhamento eficiente dos pacientes?	1,2	1,2	1,2
Informações sobre a evolução clínica e psicossocial, administração das doses supervisionadas e vigilância de contatos deverão constar do registro regular no prontuário de todos os pacientes?	1,5	0,75	0,75
Padrão: Promover a inclusão social mediante, abordagens de enfrentamento do estigma e discriminação	<b>7,5</b>	<b>1,5</b>	<b>6,0</b>
Deve-se capacitar profissionais de saúde para compreensão e o enfrentamento do estigma e da discriminação?	1,5	0,0	1,0
Deve-se promover espaço de discussão e apropriação dos conceitos e dimensões do estigma e da discriminação?	1,5	0,0	1,0
Deve-se apoiar a criação e a formação/educação de associações de pessoas acometidas pela hanseníase, grupo de autocuidado e outras formas de organizações sociais, fortalecendo a participação ativa dessas pessoas e das entidades?	1,5	0,0	1,5
Deve-se elaborar e atualizar materiais de educação em saúde com linguagem apropriada para as diferentes realidades?	1,5	0,5	1,0
Deve-se ampliar a informação sobre a disponibilidade de oferta de serviços gratuitos para atendimento integral (físico e psicossocial)?	1,5	1,0	1,5
<b>TOTAL</b>	<b>40,00 (100%)</b>	<b>15,75 (39,3%)</b>	<b>30,15 (75,3%)</b>
<b>MENSURAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO</b>		<b>INC</b>	<b>AVA</b>
<b>TOTAL DE PONTOS</b>	<b>100,00 (100%)</b>	<b>52,55 (52%)</b>	<b>89,05 (89%)</b>
<b>MENSURAÇÃO TOTAL DA IMPLANTAÇÃO</b>		<b>INT</b>	<b>AVA</b>

Legenda: incipiente (INC) > 25 e < 49 pontos; intermediário (INT) > 50 e < 74 pontos e; avançado (AVA) > 75 pontos.

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2021.

**Gráfico 1.** Grau de mensuração obtido por cada subdimensão Diagnóstico, Tratamento e Vigilância em Saúde, em cada município caso, 2021.



Fonte: Elaborado pelas autoras, 2021.

## Subdimensão Diagnóstico

Na subdimensão diagnóstico, o município 2 alcançou a pontuação de 98%, enquanto o município 1 obteve menor percentual, 55,7%. Dentre os critérios analisados, pode-se destacar como aspectos frágeis no município 1: Realizar diagnóstico clínico; identificar e acompanhar as reações hansênicas e em menor grau, diagnosticar precocemente reações e recidivas pós-alta por cura.

Durante as entrevistas, foi possível perceber que a ausência de fluxos assistenciais sistematizados para a detecção de casos novos, acompanhamento dos casos suspeitos e detecção de episódios reacionais configura-se como uma barreira ao diagnóstico precoce, aspecto considerado, juntamente com a adoção do tratamento oportuno e a realização da vigilância dos contatos, como as principais estratégias para o controle da doença (BRASIL, 2016). Tal fragilidade é evidenciada pelo relato de profissionais de saúde, que descrevem insegurança para a realização do diagnóstico da hanseníase, conforme descrito abaixo:

[...] O que a gente tem de dificuldade é a segurança de fechar o diagnóstico na unidade, na atenção básica, o médico, ele visualizou, ele sabe que aquilo é hanseníase, as nossas duas pacientes em tratamento elas são muito características, elas têm realmente traços que você tem certeza que é, mas ainda assim há insegurança de diagnosticar e iniciar tratamento [...] (P1/M1).



As ações desenvolvidas no município se articulam por meio de contatos informais, entre os profissionais de saúde e a Vigilância Epidemiológica (VIEP), que em casos de suspeita diagnóstica e necessidade de avaliação, encaminha-se a um especialista, que realiza o diagnóstico, define as condutas, e se necessário, encaminha ao Serviço de Referência pactuado, situado em Salvador. Contudo, sobre esse referenciamento, os gestores relataram dificuldades no que concerne à regulação em saúde (marcação de consultas e encaminhamento dos usuários). Percebe-se que no M1, as ações relacionadas ao programa são previstas para serem desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde, com apoio da Vigilância Epidemiológica e possibilidade de referenciamento para profissionais especialistas. Já no município 2, os fluxos parecem estar integrados entre as unidades de saúde no âmbito da APS e o serviço de referência, com apoio da vigilância à saúde.

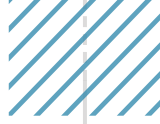
Ainda que as unidades de saúde, segundo os gestores municipais, tenham autonomia administrativa e gerencial, não existe uma política municipal no município 1, que defina estratégias de descentralização de atividades desta subárea, bem como das ações de saúde, inclusive para a hanseníase. Neste município, o planejamento anual contemplou apenas uma ação específica voltada para a capacitação dos profissionais da rede de atenção, além da abordagem já prevista anualmente pelo Projeto Saúde na Escola. As ações e serviços prestados nas modalidades de atenção à saúde avaliadas, foram decididos pelo nível central da Secretaria Municipal de Saúde, levando em consideração a disponibilidade de recursos humanos e materiais.

Destarte, frente à observação e análise desses dados e relatos, compreende-se que o componente diagnóstico neste município encontra-se com grau de implantação intermediário. Apesar das fragilidades, a presença de uma profissional capacitada fornece subsídios para o desenvolvimento de ações voltadas tanto para o diagnóstico, como para o acompanhamento dos casos de hanseníase na localidade.

Ao se considerar as especificidades do município 2, destaca-se como um aspecto limitante a insuficiência na cobertura assistencial da APS, o que dificulta o desenvolvimento e o alcance de ações integradas e descentralizadas. A existência de um serviço de referência atuante constitui-se como estratégia fundamental para a obtenção do conceito Avançado no grau de implantação mensurado, visto que rotineiramente desenvolve ações qualificadas e direcionadas para o controle do agravo.

[...] Eu entendo perfeitamente que as unidades, as equipes estão sobrecarregadas, enquanto a Atenção Básica não se organiza pra que possa ampliar o número de pessoas, por exemplo, tenho conhecimento de que dos bairros aqui da cidade (...) que nos traz uma grande preocupação porque é um bairro extremamente populoso, e a referência, apesar de ter duas equipes na unidade, ela também não dá conta [...] (G2/M2).





A descentralização das ações já estão inseridas nos planejamentos municipais, descritas no Relatório Anual de Gestão e Plano Municipal de Enfrentamento da Hanseníase, que descreve como ações esperadas: descentralizar 20% das unidades de saúde para o diagnóstico e tratamento da hanseníase no ano, capacitar profissionais da atenção básica, fortalecer a Rede de Atenção à Saúde (RAS) e garantir a integralidade do cuidado às pessoas acometidas. Destacam-se também ampliação das ações para a detecção precoce de casos, tratamento oportuno, prevenção das incapacidades físicas e fortalecimento dos sistemas de informação. O foco na inclusão e participação social para o enfrentamento do estigma e discriminação, assim como o estreitamento de parcerias governamentais e não governamentais para o alcance destes objetivos também foram abordados.

Dessa forma, o serviço de referência tem desenvolvido o seu papel no matriciamento e apoio às ações propostas, realizando capacitações teóricas e práticas na APS conforme detalha o relato:

[...] A gente sempre tenta levar essas informações para a atenção primária, já tem uns três anos que a gente vai de equipe em equipe, falar sobre hanseníase, porque a gente entende que não é só médico e enfermeiro que precisa saber, então é o agente comunitário, é o técnico de enfermagem, é o dentista, é o auxiliar de saúde bucal, é o SAME [...] porque todo mundo está ali no território, todo mundo tem contato com alguém para estar tentando suspeitar da doença [...] A gente pegou algumas unidades piloto, já treinamos, capacitamos toda a equipe com a presença da equipe do centro de referência [...] Após o treinamento teórico teve o treinamento prático, e aí, a gente procurou estar indo na localidade do paciente, para tentar vincular esse paciente, e tentar ganhar a confiança desse paciente com aquela equipe, no próprio território, que está mais próximo dele, né? [...] (P1/M2).

Evidenciou-se que as ações referentes ao diagnóstico no município 2 são de fato centralizadas no serviço de referência, o que pode configurar numa barreira de acesso aos acometidos pela doença, especialmente aos que apresentam maior vulnerabilidade social, característica comum às pessoas que convivem com as doenças tropicais negligenciadas (OMS, 2016).

Estudos recentes demonstram que as fragilidades na operacionalização das ações em saúde persistem ao longo dos anos, a exemplo de aspectos como a dificuldade de acesso aos serviços e reduzida capacidade resolutiva da APS (VIEIRA, *et al.*, 2019). Soma-se a isso, a revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) instituída em 2017, onde se flexibilizou as dimensões organizativas e funcionais das equipes de saúde, através da possibilidade de redução no número dos agentes comunitários, incorporação de atribuições de outros profissionais (como agentes de endemias e técnicos de enfermagem), flexibilização da carga horária, fragilizando ainda mais os vínculos empregatícios e interferindo diretamente na longitudinalidade e continuidade do cuidado prestado (MELO, *et al.* 2018).







## Subdimensão Tratamento

Constata-se que a subdimensão referente ao tratamento foi a que obteve a maior pontuação nos dois municípios, alcançando a marca de 98,3% no município 1 e 67% no município 2 (Tabela 1).

No que se refere ao tratamento da doença, os municípios também seguem fluxos distintos para a prescrição e monitoramento desses pacientes. No município 1, a especialista prescreve a terapêutica medicamentosa que é fornecida pela Coordenação de Assistência Farmacêutica (CAF) local, em parceria com a VIEP e o acompanhamento das doses é feito exclusivamente pelas unidades de saúde. Essa rotina se aplica tanto para a poliquimioterapia (PQT) quanto para os casos de episódios reacionais que demandam o uso de corticoides ou outros medicamentos específicos, como a talidomida.

No município 2, o fluxo se dá de forma diferenciada, visto que as terapêuticas medicamentosas ficam armazenadas e são dispensadas no serviço de hanseníase após o recebimento via Núcleo de Saúde. O município mantém as rotinas para monitoramento do tratamento e busca de faltosos. No momento da dispensação, caso se observe sinal ou sintoma indicativo de algum episódio reacional, o paciente já é encaminhado para consulta com a equipe multidisciplinar, que envolve a médica, a enfermeira e o fisioterapeuta. No caso de pacientes residentes em zona rural, o medicamento é encaminhado à Atenção Básica, onde a enfermeira da equipe leva para a unidade e dispensa ao paciente, já com as orientações acerca da ingestão, retorno para a próxima dose e orientações pertinentes, incluindo questões sobre o autocuidado.

## Subdimensão Vigilância à Saúde

Por fim, a subdimensão da vigilância à saúde foi a que os municípios menos pontuaram, com percentual de 75,3% para o município 2 e de 39,3% para o município 1, e envolve questões complexas como a vigilância dos contatos dos acometidos pela doença, a investigação epidemiológica dos casos, bem como a execução de estratégias para detecção ativa e passiva de casos suspeitos.

Um dos pilares centrais das discussões atuais sobre a hanseníase, tanto no Brasil como internacionalmente, é o enfrentamento do estigma e discriminação da doença e a inclusão social. Para tanto, estão previstas a realização de capacitações para os profissionais de saúde, fortalecimento da participação social em espaços ampliados de discussão, produção de materiais educativos e integração nos serviços da rede de atenção à saúde. Entretanto, após a análise das entrevistas com os atores chave, percebeu-se que este foi um aspecto pouco implementado nos dois municípios.



[...] Não são frequentes [...] para não dizer que não tem, algumas vezes tem, tanto educação permanente para a gente, profissional, nesse tempo, quase dois anos de atenção básica, eu participei uma vez e só fui eu de enfermeira do município [...] foi um evento em Salvador [...] o médico trouxe para a gente, acho que ele esteve em Conquista e aí trouxe alguns folders para a gente fazer atividade educativa, mas foi o que ele trouxe, não foi disponibilizado pela secretaria, pelo município. O que a secretaria tem é o banner da Hanseníase... que roda a cidade toda... a gente tem que agendar o banner dependendo do mês [...] (P1/M1).

Outro aspecto a ser destacado, diz respeito à integração assistencial entre os serviços do SUS de diferentes níveis de complexidade, considerado um nó crítico nas duas realidades estudadas. Para o município 1, o encaminhamento para o serviço de referência em Salvador é um processo complexo, que envolve investimento financeiro, barreiras no contato com o serviço, marcação das consultas num espaço temporal longo e dificuldades no deslocamento.

O município 2 descreve dificuldades especialmente com relação ao encaminhamento de casos graves para hospitalização, visto que não existem fluxos definidos nesse sentido, e as unidades hospitalares demonstram dificuldades no manejo do acometido pela doença. Foi relatado também dificuldades para o atendimento e encaminhamento de demandas psicológicas dentro da rede, visto que o serviço de referência não dispõe desse profissional na sua equipe.

Destaca-se nessa subdimensão, um pilar estratégico no processo de monitoramento e controle da doença, que é a vigilância dos contatos. Considera-se que os contatos de pessoas acometidas pela hanseníase, especialmente os domiciliares apresentam risco elevado de adoecimento pela probabilidade de maior exposição ao bacilo (ROMANHOLO, 2018), e por isso, o MS sugere que o acompanhamento destes indivíduos, aconteça pelo período de 5 anos (BRASIL, 2016). Dessa forma, a investigação dessa população é fundamental para interromper a cadeia de transmissão da doença, realizar diagnóstico precoce e iniciar o tratamento oportuno para os casos confirmados. Entretanto, nos municípios em questão, os profissionais de saúde ainda referem dúvidas quanto ao conceito de contato e quanto ao período de acompanhamento dos mesmos.

[...] Contato domiciliar é quem convive no domicílio com a pessoa há mais de três meses, há pelo menos dois anos atrás que a pessoa contraiu a doença [...] (P3/M1).

[...] O contato domiciliar eu acredito que seja a pessoa que reside no mesmo local que alguém que foi diagnosticado e tá em tratamento de hanseníase. No caso da zona rural é muito complicado a gente definir, porque a pessoa mora com duas filhas, uma das filhas mora na casa ao lado, eu considero essa mulher contato? Ela tá lá todos os dias, mas ela mora em outra casa, ela tem a mãe que mora na casa da frente, não mora junto, ela é contato também? [...] (P1/M1).



Diante do exposto, percebeu-se que a operacionalização das ações desenvolvidas pelos municípios estudados, no que concerne ao diagnóstico, tratamento e vigilância da hanseníase, ainda esbarram em fragilidades como ausência de fluxos assistenciais, integração limitada entre os serviços da rede de atenção à saúde e discreta resolutividade dos casos, especialmente no âmbito da APS. Ademais, a heterogeneidade dos municípios estudados, no que diz respeito ao espaço territorial-populacional e a área de abrangência político administrativa, que não está amplamente interligada por uma rede regionalizada e resolutiva dos serviços de saúde com todos os níveis de complexidade, e que não exerce uma atração além de seus limites, podem constituir fatores restritivos a implementação das ações relacionadas ao programa.

Isto posto, percebe-se que os desafios encontrados pelos municípios estudados para alcançarem de fato a integralidade da atenção, a longitudinalidade do cuidado e o efetivo controle da hanseníase, perpassam por inúmeras dimensões e problemáticas. Dessa forma, é fundamental que profissionais e gestores se envolvam no planejamento e operacionalização das ações para o controle da hanseníase de forma abrangente sistemática, identificando parcerias e fluxos que garantam às pessoas acometidas pela doença, o seu direito ao acesso ao diagnóstico precoce e tratamento oportuno, bem como a vigilância dos seus contatos e interrupção da cadeia de transmissão do agravo.

## ■ CONCLUSÃO

Os resultados obtidos neste estudo permitiram encontrar as respostas que contemplam as questões da pesquisa e algumas conclusões, porém, mais do que isso, abrem espaço a novas reflexões, discussões e futuras avaliações.

O conhecimento do estágio em que se encontram as ações que compõem a intervenção é uma etapa importante para a análise de implantação, pois permite o conhecimento do seu grau de implementação e dos fatores que favorecem a sua dinâmica. Destarte, ainda que os graus de implantação nos municípios se apresentem de forma satisfatória, a capacidade de gestão e a organização dos serviços de saúde em cada local influencia a pluralidade de formas e o grau de alcance dos resultados esperados, no que se refere às ações relacionadas ao programa nacional de hanseníase. Dessa forma, avaliar os resultados da aplicação de uma intervenção em um programa público de saúde, à luz da capacidade de autonomia do gestor municipal e dos gerentes locais nas dimensões política, gerencial e técnica é um grande desafio.

Como conclusão, ressalta-se a importância fundamental do desenvolvimento de ações integradas entre os diversos setores e níveis de complexidade do SUS para promoção de processos de trabalho estruturados, matriciamento das equipes e profissionais e monitoramento



eficaz das estratégias planejadas para o controle da doença nos municípios estudados, além da promoção de saúde e qualidade de vida aos que convivem com a hanseníase.

## ■ REFERÊNCIAS

1. BARDIN, L. Análise de conteúdo; tradução Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo. Editora: Edições 70, 2011.
2. BOINY, R.N.Z. *et al.* Falhas operacionais no controle da hanseníase em redes de convívio domiciliar com sobreposição de casos em áreas endêmicas no Brasil. **Revista Epidemiologia em Serviços de Saúde**, Brasília, vol. 29, n. 4, jul. 2020. Disponível em: <https://scielosp.org/article/ress/2020.v29n4/e2019465/>. Acesso em: 30 ago. 2020.
3. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública. Manual técnico-operacional**. Brasília, Distrito Federal, 2016. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/-images/pdf/2016/fevereiro/04/diretrizes-eliminacao-hanseníase-4fev16-web.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2021.
4. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **E-Gestor Atenção Básica**. Informação e gestão da Atenção Básica. Brasília, Distrito Federal, 2019. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso em: 18 mar. 2021.
5. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. SAGE - Sala de Apoio à Gestão Estratégica. Brasília, 2021. Disponível em: <https://sage.saude.gov.br/#>. Acesso em 28 jan. 2021.
6. HARTZ, Z.M.A.; SILVA, L.M.V. orgs. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005, 275 p. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/xzdnf/pdf/hartz-9788575415160.pdf>. Acesso em: 29 set. 2020.
7. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. 2017. Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil: uma primeira aproximação / IBGE, Coordenação de Geografia. – Rio de Janeiro: IBGE, 2017, 84p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv100643.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2021.
8. MELO, E.A.; *et al.* Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Revista Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, vol. 42, n. especial 1, p. 18-37, setembro de 2018. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042018000500038&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042018000500038&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em mar. 2021.
9. OPAS/OMS BR. Estratégia Global Para Hanseníase (2016-2020). Aceleração rumo a um mundo sem hanseníase. New Delhi, Índia, 2016. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/208824/9789290225201-pt.pdf?sequence=17>. Acesso em: 27 jan. 2021.
10. ROMANHOLO, H.S.B.; *et al.* Vigilância de contatos intradomiciliares de hanseníase: perspectiva do usuário em município hiperendêmico. **Revista Brasileira de Enfermagem** [online], vol. 71, n. 1, p. 175-181, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0607>. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672018000100163&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672018000100163&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em 05 dez. 2020.

11. Secretaria de Saúde da Bahia – SESAB. Diretoria de Vigilância Epidemiológica – DIVEP. 2018 a 2008 Números de casos e coeficiente de casos novos por município. Bahia. Atualizado em julho de 2020. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/suvisa/vigilancia-epidemiologica/hanseniose/>. Acesso em 15 de novembro de 2020.
12. SOUZA, E.A.; *et al.* Baixo desempenho de indicadores operacionais de controle da hanseníase no estado da Bahia: padrões espaçotemporais, 2001–2014. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, vol. 23, p. 01-14, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbepid/v23/1980-5497-rbepid-23-e200019.pdf>. Acesso em 27 jan. 2021.
13. TREMEDAL. DOM Diário Oficial do Município.
14. Hanseníase- Boletim Epidemiológico, 4 - Ano – Nº 2204. Publicado em 29 de dezembro de 2020. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/347986843\\_Boletim\\_Epidemiologico\\_-\\_Hanseniose\\_Tremedal-Bahia\\_Dezembro\\_2020\\_numero\\_2204](https://www.researchgate.net/publication/347986843_Boletim_Epidemiologico_-_Hanseniose_Tremedal-Bahia_Dezembro_2020_numero_2204). Acesso em 28 jan. 2021.
15. VIEIRA-DA-SILVA. **Avaliação de políticas e programas de saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014, 110 p.
16. VIEIRA, N.F.; *et al.* Avaliação da Atenção Primária: Comparativo Entre o Desempenho Global e as Ações de Hanseníase. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**. 2019; vol. 9/2896. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/2896>. Acesso em 26 jan.2021.