



# PROGRAMA SANAR

## Cadernos de Monitoramento

Volume 5  
Hanseníase



# **PROGRAMA SANAR**

## **Cadernos de Monitoramento**

**Volume 5**  
**Hanseníase**

**2014**

© 2014. **Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde.**  
Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é de responsabilidade da área técnica.

Série A. Normas e Manuais Técnicos  
Tiragem: 1.ª edição – 2014 – 3.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:  
Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde.  
Rua Dona Maria Augusta Nogueira, 519,  
Bonji - Recife-PE  
CEP: 50751-530  
Telefone: (81) 3184-0183/0184  
E-mail: sevspe@gmail.com  
Home page: www.saude.pe.gov.br

#### **Elaboração**

Eline Mendonça  
Karla Michele de Lima Alves  
Paula R. Luna de Araújo Jácome

#### **Revisão**

Luciana Caroline Albuquerque Bezerra  
José Alexandre Menezes da Silva  
Juliana Martins B. da Silva Costa  
Eronildo Felisberto

#### **Consultoria Especializada**

Ana Cláudia Figueiró  
Isabella Samico  
Paulo Frías

#### **Capa e Diagramação**

Rafael Azevedo de Oliveira

### **Ficha Catalográfica**

---

Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. Cadernos de Monitoramento - Programa Sanar – Volume 5: Hanseníase / Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde.- 1. ed. - Recife: Secretaria Estadual de Saúde, 2014.  
21p. - (Série A. Normas e Manuais Técnicos)  
1. Doenças Negligenciadas. 2. Hanseníase. 3. Vigilância em Saúde. I. Título. II. Série.

---

**Governador de Pernambuco**

João Soares Lyra Neto

**Secretário Estadual de Saúde**

Ana Maria Albuquerque

**Chefe de Gabinete**

Cecília Campos

**Secretária Executiva de Coordenação Geral**

Ana Cláudia Callou

**Secretário Executivo de Vigilância em Saúde**

Eronildo Felisberto

**Secretária Executiva de Atenção à Saúde**

Ivete Buril

**Secretária Executiva de Regulação em Saúde**

Ana Lúcia Ávila

**Secretária Executiva de Gestão de Pessoas e Educação em Saúde**

Cinthia Kalyne de Almeida Alves

**Secretário Executivo de Administração e Finanças**

Ednaldo Alves Moura Júnior

**Superintendência de Comunicação**

Rafael Montenegro

**Secretário Executivo de Vigilância em Saúde**

Eronildo Felisberto

**Assessoria de Gabinete SEVS**

Ana Cláudia Simões Cardoso

Ana Coelho de Albuquerque

Anna Samonne Amaral Lopes

**Assessoria de Planejamento SEVS**

Alessandro Cerqueira

**Coordenador do Programa SANAR**

José Alexandre Menezes da Silva

**Diretora Geral de Controle de Doenças e Agravos**

Roselene Hans Santos

**Assessoria da Diretora Geral de Controle de Doenças e Agravos**

Sílvia Cabral

**Gerência de Doenças Transmitidas por Micobactérias**

Ana Lucia Souza

**Coordenação do Programa de Controle da Tuberculose**

Cândida Maria Nogueira Ribeiro

**Coordenação do Programa de Controle da Hanseníase**

Raissa Alencar

**Gerência de Prevenção e Controle das Zoonoses, Endemias e Riscos Ambientais**

Bárbara Morgana

**Coordenação de Vigilância de Chagas, Tracoma e Malária**

Gênova Azevedo

**Diretora Geral de Informações e Ações Estratégicas da Vigilância Epidemiológica**

Patrícia Ismael de Carvalho

**Diretora Geral de Promoção, Monitoramento e Avaliação da Vigilância em Saúde**

Luciana Caroline Albuquerque Bezerra

**Gerência de Monitoramento e Avaliação em Saúde**

Juliana Martins B. da Silva Costa

**Coordenação de Monitoramento e Avaliação da Vigilância em Saúde**

Monik Silva Duarte

**Coordenação de Análise e Disseminação da Informação em Saúde**

Paula R. Luna de Araújo Jácome

**Diretor Geral do Laboratório Central de Saúde Pública - LACEN**

Ovídio Araípe

**Diretor da Agência Pernambucana de Vigilância Sanitária - APEVISA**

Jaime Brito

**Equipe SANAR**

Alessandra Tadeia Tenório Noe  
Ana Beatriz Rigueir  
Ana Virginia Matos  
Anabelle Bezerra Ferreira  
Antônio Reldismar Andrade  
Aymé Medeiros  
Cintia Michelle Godim de Brito Lima  
Dafne Borba Mendes  
Denise de Barros Bezerra  
Elaine Mendonça  
Flávia Silvestre Outtes  
Gina Cristina Freitas  
José Lancart Lima  
Juliana Maria Oliveira Cavalcanti Marinho  
Karla Michele de Lima Alves  
Kátia Sampaio Coutinho  
Ludmila Vieira Nogueira da Paixão  
Marcela Vieira  
Mária de Lourdes Ribeiro  
Mária do Livramento F. de Freitas  
Marjory Dowell de Brito Cavalcanti  
Mirella Cristina Bezerra de Melo  
Pietra Lemos Costa  
Polyana Karla Francisca da Silva  
Rafael Ferreira de França  
Rômulo Granja de Souza  
Sérgio Murilo Coelho de Andrade  
Tânia Gomes de Carvalho  
Vânia Cavalcanti

**Apoio Administrativo**

Camila Moura  
José Everaldo Bezerra Júnior  
Mária Roseni Paulino da P. Silva  
Marta Ximenes  
Ricardo Alex de Lima  
Sóstenes Marcelino da Silva Junior  
Wanessa Cristina de Souza

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b>	<b>07</b>
<b>1 Monitoramento e avaliação: ferramentas essenciais para os serviços de saúde</b>	<b>09</b>
1.1 <i>Desenho do Modelo Lógico</i>	10
1.2 <i>Matriz de Monitoramento</i>	12
<b>2 Hanseníase: monitoramento das ações de controle</b>	<b>13</b>
2.1 <i>Resultados do Monitoramento das Ações de Controle da Hanseníase</i>	17
2.2 <i>Conclusões</i>	19
<b>REFERÊNCIAS CONSULTADAS</b>	<b>21</b>





## APRESENTAÇÃO

O termo Doenças Negligenciadas tem sido utilizado para se referir a um conjunto de doenças causadas por agentes infecciosos e parasitários (vírus, bactérias, protozoários e helmintos) que, embora sejam diversificadas do ponto de vista médico, possuem em comum o fato de estarem fortemente associadas à pobreza e resistirem de forma mais intensa em ecossistemas tropicais, onde tendem a coexistir. Estas não só prevalecem em condições de pobreza, mas também contribuem para a manutenção do quadro de desigualdade, já que representam forte entrave ao desenvolvimento dos países. Além disso, ao longo de muitos anos, essas doenças não têm recebido investimentos adequados para prevenção e controle, quer pela ausência de pesquisas ou produção de fármacos e vacinas, quer pelos reduzidos investimentos por parte dos órgãos públicos de governo. Desta forma, todos esses fatores convergem para que estas doenças afetem mais de um bilhão de pessoas em todo o mundo e representem mais de 12% da carga global de doenças.

Buscando alcançar as metas do milênio no que diz respeito ao desenvolvimento global e à redução das desigualdades continentais, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu alguns temas fundamentais para a redução da magnitude das doenças transmissíveis, elegendo algumas enfermidades consideradas negligenciadas. No Brasil, estratégias para prevenção, controle e eliminação vêm sendo desenvolvidas priorizando intervenções direcionadas às populações em condições socioeconômicas menos favoráveis e ampliando o acesso aos serviços e ações de saúde em consonância com o que prevê a OMS, no Plano Mundial de Luta contra as Doenças Tropicais Negligenciadas (OMS/2008-2015). Porém, apesar desses investimentos, o país apresenta desigualdades intraurbanas importantes, com diferentes determinantes que sustentam a permanência de alguns desses problemas de saúde.

Embora o Brasil tenha alcançado êxito no controle de doenças transmissíveis, por meio dos seus programas específicos, nos últimos anos, algumas destas ainda persistem em muitas populações do país, como é o caso de Pernambuco. Assim, com o propósito de desenvolver ações direcionadas para a redução da carga e/ou eliminação dessas doenças, o Governo do Estado lançou o Programa de Enfrentamento às Doenças Negligenciadas – SANAR, elegendo 7 (sete) doenças a serem enfrentadas de forma mais incisiva, no período de 2011 a 2014.

Para tanto, foram consideradas as doenças negligenciadas que apresentavam as seguintes características: estarem incluídas na agenda internacional (Resolução OPAS/OMS CD 49.R19), possuírem carga que justificam a intensificação das ações de controle, possuírem intervenções tecnicamente viáveis e rentáveis, não possuírem financiamento específico (exceto tuberculose), causarem incapacidades, serem preveníveis ou eliminadas com quimioterápicos e possuírem disponibilidade de diagnóstico e tratamento na rede de saúde, a saber: esquistossomose, geo-helmintíases, tuberculose, hanseníase, doença de Chagas, filariose e tracoma.

Pernambuco, portanto, inova no sentido de ser o primeiro estado brasileiro a desenvolver uma política direcionada ao enfrentamento integrado dessas doenças, em 108 municípios definidos como prioritários. Além das ações de rotina executadas pelos programas específicos, o Programa Sanar desenvolve atividades de fortalecimento da vigilância e da atenção básica voltadas para a identificação e manejo clínico adequados de pacientes, bem como prevê a ampliação do

diagnóstico laboratorial, a melhoria do acesso ao tratamento e medicamentos e a realização de ações educativas e de mobilização social.

Em que pese a importância da formulação adequada das ações para o enfrentamento dessas doenças, outras estratégias precisam ser adotadas para conferir sustentabilidade e durabilidade. Isto só é possível mediante o envolvimento ativo dos profissionais da vigilância em saúde e da assistência, principalmente os da atenção básica, não só na compreensão do problema e na execução das ações de controle, mas, principalmente, no monitoramento das ações. Desta forma, um pensamento crítico pode ser formado a respeito dos caminhos adotados.

Considerando estes aspectos, a Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde elaborou os *Cadernos de Monitoramento - Programa Sanar*, tendo como premissa que o monitoramento é uma atividade meio fundamental para o processo de gestão do SUS. O volume 5 do *Cadernos de Monitoramento* se propõe a detalhar os caminhos conceituais e operacionais tomados pela Secretaria de Saúde do estado de Pernambuco no tocante ao controle da hanseníase, por meio da participação ativa de todos os envolvidos no acompanhamento dos indicadores selecionados para que assim se pudesse aprimorar o programa em busca do objetivo primordial de sua implantação, que é a transformação na realidade de saúde das populações sob risco.

## 1 Monitoramento e avaliação: ferramentas essenciais para os serviços de saúde

O campo da avaliação em saúde é impregnado por uma diversidade de termos, conceitos e métodos que é coerente com a multiplicidade de questões consideradas pertinentes na área da saúde e com a heterogeneidade e complexidade das intervenções, sejam elas ações, serviços, programas ou políticas públicas. Embora haja esta diversidade conceitual e terminológica, os objetivos oficiais avaliação em saúde são bem claros: (a) ajudar no planejamento e na elaboração de uma intervenção, (b) fornecer informações para melhorar uma intervenção no seu decorrer, (c) determinar os efeitos de uma intervenção ao seu final para decidir se ela deve ser mantida, transformada de forma importante ou interrompida, (d) utilizar os processos de avaliação como um incentivo para transformar uma situação injusta ou problemática, visando o bem estar coletivo e (e) contribuir para o progresso dos conhecimentos (CONTANDRIOPOULOS, 1997).

Dentro do processo avaliativo, identifica-se o monitoramento como uma atividade meio, que pode ser descrita como o "**acompanhamento continuado de compromissos** (objetivos, metas e ações), explicitados em planos, programações ou projetos, de modo a verificar se estes estão sendo executados conforme preconizado" (BRASIL, 2010). É, portanto, uma importante ferramenta de gestão, já que permite que se tire conclusões a respeito do andamento de uma ação antes que esta chegue ao fim.

Dessa forma, o monitoramento tem uma carga avaliativa, no momento em que também faz uma análise comparativa com determinado referencial, produzindo informações sistemáticas importantes para o planejamento das ações e para a realização de uma avaliação. Considera-se o monitoramento parte essencial do planejamento das ações, devendo abranger desde aspectos relacionados ao modo de execução do trabalho previsto para alcançar os objetivos da intervenção (processo) até aqueles relacionados com os resultados que se pretendem alcançar. A avaliação, por sua vez, responde a questões avaliativas a partir de hipóteses geradas no monitoramento sobre as diferenças observadas entre o que é de fato realizado e as normas preconizadas para a sua execução.

É importante demarcar que um Programa de Saúde representa um sistema organizado de ação que visa, dentro de um determinado contexto e período de tempo, modificar o curso provável de um fenômeno, a fim de atuar sobre uma situação problemática, sendo por isso, categorizado como intervenção na área de saúde e que, por isso, é passível de ser monitorado e avaliado (CHAMPAGNE *et al*, 2011).

Neste sentido, torna-se imprescindível a disseminação do entendimento sobre a avaliação/monitoramento em saúde, por meio do desenvolvimento da capacidade técnica dos envolvidos no programa, uma vez que somente se apropriando de seus conceitos, práticas, meios e objetivos, pode-se fazer uso do seu desígnio principal de modificar em tempo oportuno as práticas profissionais no sentido de decidir sobre a conveniência de mantê-las, interrompê-las ou modificá-las em busca dos resultados almejados. O efetivo envolvimento e participação (compreensão → consciência crítica → atitudes) de todos no processo de monitoramento contribui com a superação da concepção de que o processo de monitoramento se encerra no simples registro dos dados nos sistemas de informação e seu envio periódico e acrífico às instâncias superiores.

Para se proceder ao monitoramento e avaliação de programas de saúde se faz necessário conhecer bem seus objetivos, metas e público-alvo, assim como seus componentes, atividades a serem realizadas, e os produtos e resultados que se espera obter com a realização das atividades propostas pelo programa. A elucidação dessas questões básicas referentes ao programa que se pretende monitorar/avaliar pode ser realizado por meio do desenho de um diagrama de funcionamento do programa, que envolve uma cadeia de eventos lógicos desde os componentes até os resultados esperados. Este diagrama é denominado de Modelo Lógico, e será descrito adiante.

### 1.1 Desenho do Modelo Lógico

Antes de partir para a compreensão do conceito de Modelo Lógico, faz-se necessário conhecer as significações individuais de cada termo. Define-se modelo como aquilo que serve de objeto de imitação, e lógica como a organização coerente e estruturada do pensamento (ordenação do raciocínio). Portanto, o Modelo Lógico pode ser definido como um "esquema visual que expõe o funcionamento do programa e fornece uma base objetiva a respeito da relação causal entre seus elementos - estrutura, processos e resultados" (MCLAUGHIN e JORDAN, 1999; ROWAN, 2000).

O Modelo Lógico é, portanto, uma ferramenta que permite a visualização clara, concisa e direta de tudo aquilo que é preciso existir em termos de estrutura (recursos materiais, equipe de trabalho – o que é mais estático) e atividades/processos (o que o trabalhador deve realizar – o que é dinâmico) e como eles se combinam para conseguir os objetivos pretendidos que são os resultados a serem alcançados.

Em termos de utilidade, permite que todos os envolvidos tenham uma visão homogênea e completa de como deve funcionar um programa de controle evitando equívocos e, conseqüentemente, reduzindo a perda de tempo dos envolvidos em torno do objetivo pretendido. Entender o Modelo Lógico de um programa é compreendê-lo como um todo.

O modelo lógico conta com os seguintes elementos:

- **Componentes:** são palavras-chaves que podem ser apreendidas dos objetivos específicos do programa. Também podem ser definidos após o elenco das atividades do programa e posterior agregação das atividades afins. O número de componentes vai depender da extensão e complexidade do programa e de quão claro eles ficarão dispostos no modelo lógico.
- **Atividades:** são os meios utilizados para alcançar os resultados esperados. Todas as ações que são e devem ser realizadas pelo programa.
- **Recursos:** volume e estruturação dos diferentes recursos mobilizados – financeiros, humanos, técnicos e informacionais.
- **Produtos:** estão diretamente relacionados com as atividades, ou seja, cada atividade tem sua consequência imediata.
- **Resultados:** são as mudanças que o programa pretende proporcionar.

O Modelo Lógico resumido do Sanar está explicitado na Figura 1. Nele é possível verificar os componentes do programa transversais às sete doenças; as atividades a serem realizadas de forma geral; os resultados esperados e o impacto, considerando a plausibilidade entre cada um desses elementos.

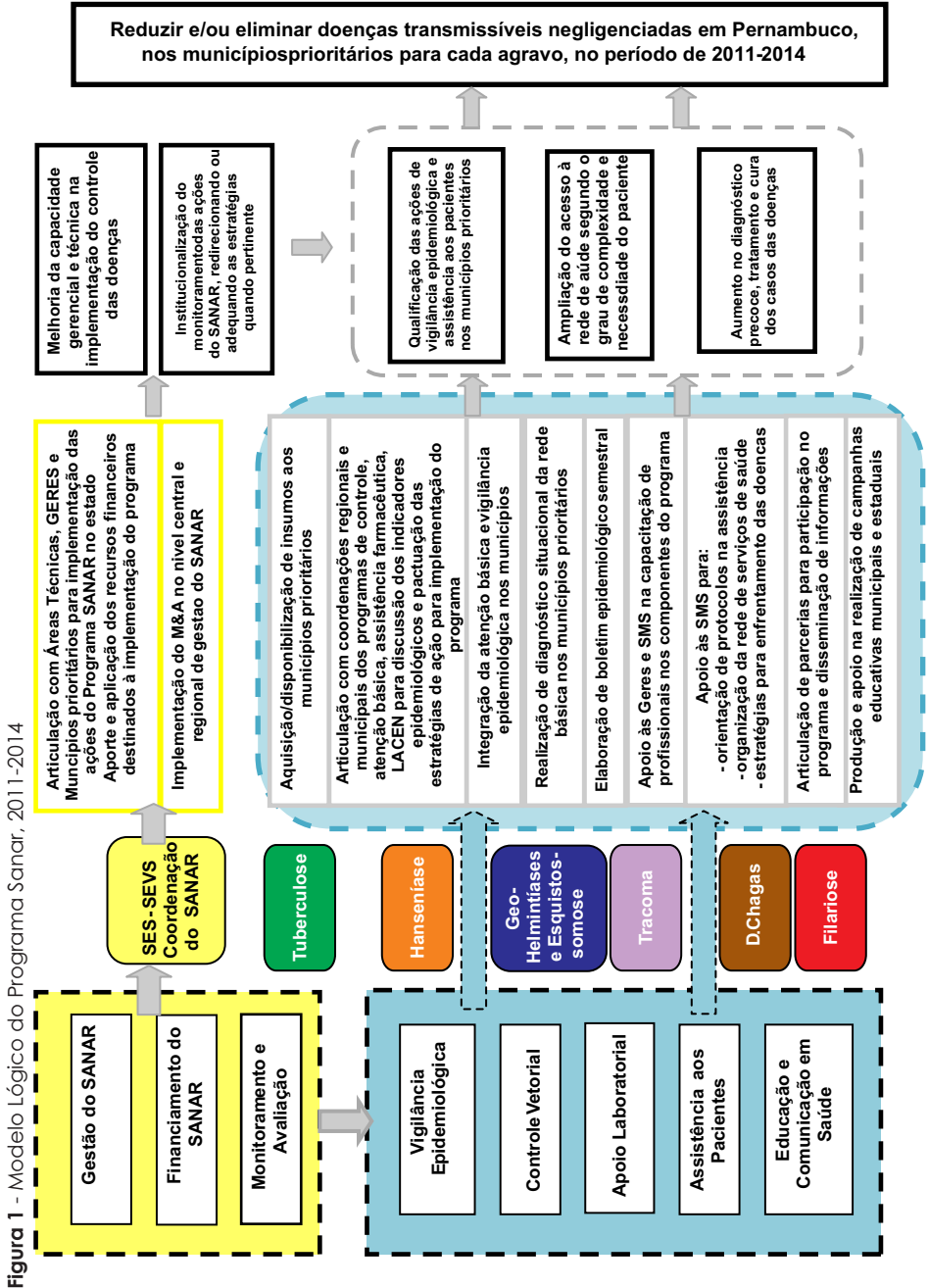


Figura 1 - Modelo Lógico do Programa Sanar, 2011-2014

Depois de construído o Modelo Lógico é possível e necessário fazer uma seleção de perguntas sobre pontos específicos que se desejam esclarecer, o que serve para direcionar o processo avaliativo e para delimitar o que será avaliado. Portanto, só tem efeito se for realizado de forma compartilhada. Geralmente, estas perguntas são selecionadas por todos os participantes do processo.

Passada esta fase, parte-se para a resposta a estas perguntas, o que é feito mediante a definição de critérios e indicadores, em comparação com metas ou padrões pré-estabelecidos (as atividades propostas pelo programa estão acontecendo da maneira correta? Existe estrutura que dê suporte à execução das ações preteridas pelo programa? Os resultados estão sendo alcançados?). Por meio desta comparação é que se pode julgar se o programa está "funcionando" como planejado e se as mudanças na situação problemática, que se esperam como resultados da intervenção, estão acontecendo. Estes critérios e indicadores necessitam ser organizados de maneira sistemática para que sejam compreendidos por todos os envolvidos, o que é possível com a elaboração de uma matriz de monitoramento.

## 1.2 Matriz de Monitoramento

A matriz de monitoramento é uma ferramenta essencial no processo de apreensão e acompanhamento da realidade dinâmica da execução de um programa. Nela estão os critérios e indicadores, extraídos da estrutura, atividades e resultados do modelo lógico; os padrões/metras que são um valor de referência para mensuração de um fenômeno ou objeto considerado como ideal; o julgamento que será realizado e os resultados obtidos no monitoramento.

Se um indicador de estrutura (por exemplo: falta de profissionais habilitados em realização de tratamento supervisionado para tuberculose) apresenta-se problemático, isto provavelmente vai influenciar nos indicadores de resultado (por exemplo: maior abandono de tratamento). A compreensão da matriz é, portanto, imprescindível ao processo de monitoramento, e deve fazer parte do dia-a-dia dos técnicos que trabalham com o controle das doenças negligenciadas.

No caso do Programa Sanar, para cada uma das doenças negligenciadas foi elaborado um modelo lógico com sua respectiva matriz de monitoramento, já que existe um grupo específico de ações programáticas previstas para o controle de cada doença em questão. No entanto, todos os modelos e matrizes têm uma mesma raiz, que é o modelo lógico do programa e, por isso, todos eles possuem os cinco componentes-base desse modelo.

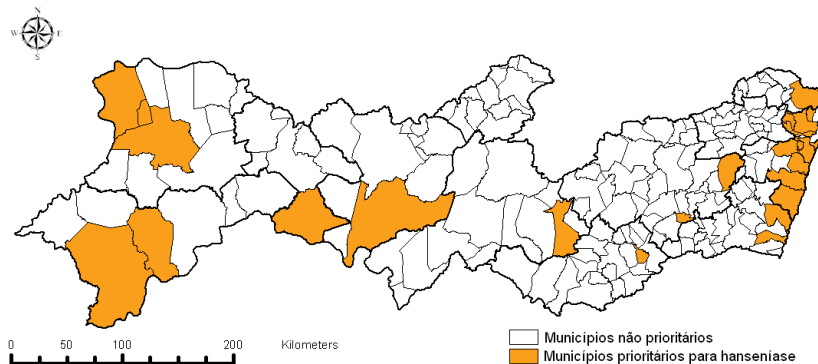
## 2 Hanseníase: monitoramento das ações de controle

A hanseníase é uma doença infecciosa crônica, de grande importância para a saúde pública devido à sua magnitude e seu alto poder incapacitante. Transmitida pelo *Mycobacterium leprae* (bacilo de Hansen), acomete principalmente a pele e os nervos periféricos, mas também pode se manifestar como uma doença sistêmica, causando comprometimento de articulações, olhos, testículos, gânglios e outros órgãos.

Em 2012, o estado de Pernambuco deteve aproximadamente 8,0% dos casos novos do Brasil, quando avaliada a população geral, e 12,0% dos casos em menores de 15 anos. A detecção dos casos nesta faixa etária tem relação com doença recente e focos de transmissão ativos, sendo o acompanhamento epidemiológico desta população uma estratégia relevante para o controle da hanseníase. Entretanto, no período de 2008 a 2012, o coeficiente de detecção geral em menores de 15 anos sofreu pequenas variações mostrando uma provável endemia oculta.

Frete a este cenário, o Programa Sanar elencou 25 municípios prioritários para intervenção (Figura 2), que representam mais de 70% de todos os casos da doença no estado. Os critérios de seleção destes municípios foram baseados nos seguintes indicadores epidemiológicos: taxa de detecção em menores de 15 anos > 5/100 mil habitantes e casos com grau de incapacidade II superior ou igual a 5%, no período de 2005 a 2009.

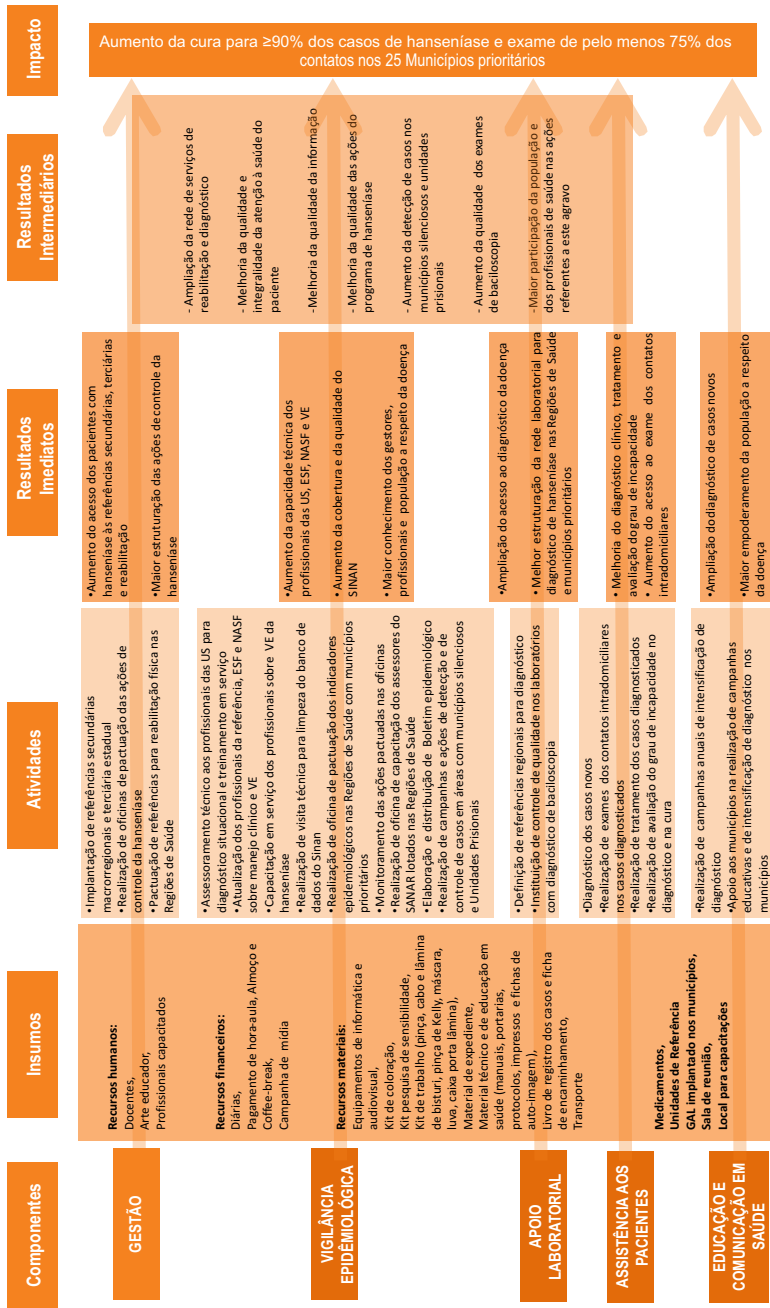
**Figura 2** - Distribuição espacial dos municípios prioritários para Hanseníase.



Assim, o Programa Sanar traçou ações estratégicas para o enfrentamento da hanseníase, com o objetivo de alcançar um percentual de cura  $\geq 90\%$  dos casos de hanseníase e examinar pelo menos 75% dos de contatos nos 25 municípios prioritários. As ações e a estrutura mobilizada para alcançar o resultado esperado estão apresentadas na figura 3.

Para o monitoramento do Programa foi construída a Matriz de Monitoramento dessas ações, com os resultados obtidos até o ano de 2013 (Quadro 1).

Figura 3 - Modelo lógico das ações de controle da Hanseníase do programa Sanar, 2011-2014.



Legenda US (Unidade de Saúde), ESF (Estratégia de Saúde da Família), NASF (Núcleo de Apoio ao Saúde de Família), VE (Vigilância Epidemiológica), Sinan (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), PCH (Programa de Controle da Hanseníase)



**Quadro 1:** Matriz de monitoramento das ações de controle da Hanseníase. Programa Sanar, 2013

DIMENSÃO	CRITÉRIO	INDICADOR	PADRÃO	JULGAMENTO	RESULTADO	
GESTÃO	Realização de oficinas para pactuação das ações do Sanar e de monitoramento dos indicadores epidemiológicos	Nº de Regiões de Saúde com município prioritário que realizaram oficinas de monitoramento dos indicadores epidemiológicos	10 Regiões de Saúde	VERDE: 10 Regiões de Saúde AMARELA: 5 - 9 Regiões de Saúde VERMELHO: <5 Regiões de Saúde	10	
		Nº de municípios prioritários que participaram da oficina de monitoramento dos indicadores epidemiológicos	25 municípios prioritários	VERDE: 20 - 25 municípios prioritários AMARELA: 13 - 19 municípios prioritários VERMELHO: <13 municípios prioritários	19	
		Nº de municípios prioritários que participaram das oficinas de pactuação das ações do Sanar	25 municípios prioritários	VERDE: 20 - 25 municípios prioritários AMARELA: 13 - 19 municípios prioritários VERMELHO: <13 municípios prioritários	25	
	Definição de referências secundárias, terciárias e de reabilitação física	Nº de referências secundárias Macrorregionais definidas	4 referências definidas	VERDE: 4 referências definidas AMARELA: 3 - 2 referências definidas VERMELHO: <2 referências definidas	1	
		Nº de referências terciárias definidas	1 referência definida	VERDE: 1 referência definida VERMELHO: 0 referência definida	1	
		Nº de municípios prioritários com acesso a referências em reabilitação física	25 municípios prioritários	VERDE: 20 - 25 municípios prioritários AMARELA: 13 - 19 municípios prioritários VERMELHO: <13 municípios prioritários	15	
	VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	Capacitação de assessores do Sanar lotados nas Regiões de Saúde	Nº de assessores do Sanar lotados nas Regiões de Saúde com municípios prioritários capacitados para descentralização das ações de hanseníase	10 assessores capacitados	VERDE: 10 assessores capacitados AMARELA: 5 - 9 assessores capacitados VERMELHO: <5 assessores capacitados	10
		Realização de ações de enfrentamento da hanseníase nas unidades prisionais localizadas em municípios prioritários	Nº de unidades prisionais localizadas em municípios prioritários que realizaram ações de hanseníase (diagnóstico situacional, e/ou visita de assessoramento e monitoramento, e/ou mutirões e/ou ações de controle)	8 unidades prisionais	VERDE: 8 unidades prisionais AMARELA: 4 - 7 unidades prisionais VERMELHO: <4 unidades prisionais	7
		Realização de mutirões para identificação de casos de hanseníase	Nº de municípios prioritários que realizaram mutirão para identificação de casos de hanseníase	25 municípios prioritários	VERDE: 20 - 25 municípios prioritários AMARELA: 13 - 19 municípios prioritários VERMELHO: <13 municípios prioritários	25
		Realização de diagnóstico situacional e treinamento em serviço	Nº de municípios prioritários com visitas técnicas realizadas (diagnóstico situacional e treinamento em serviço) nas unidades de saúde	25 municípios prioritários	VERDE: 20 - 25 municípios prioritários AMARELA: 13 - 19 municípios prioritários VERMELHO: <13 municípios prioritários	25
Limpeza do banco de dados do Sinan		Nº de municípios prioritários com visitas técnicas para limpeza do banco de dados do Sinan	25 municípios prioritários	VERDE: 20 - 25 municípios prioritários AMARELA: 13 - 19 municípios prioritários VERMELHO: <13 municípios prioritários	25	
Monitoramento das ações pactuadas nas oficinas		Nº de municípios prioritários monitorados em relação as ações pactuadas nas oficinas	25 municípios prioritários	VERDE: 20 - 25 municípios prioritários AMARELA: 13 - 19 municípios prioritários VERMELHO: <13 municípios prioritários	25	

Desempenho satisfatório
  Desempenho regular
  Desempenho insatisfatório

**Quadro 1:** (Continuação) Matriz de monitoramento das ações de controle da Hanseníase. Programa Sanar, 2013

DIMENSÃO	CRITÉRIO	INDICADOR	PADRÃO	JULGAMENTO	RESULTADO	
PROCESSO	APORTE LABORATORIAL	Descentralização do diagnóstico laboratorial para municípios prioritários	Nº de municípios prioritários com garantia de acesso à baciloscopia para BAAR	25 municípios prioritários	VERDE: 20 - 25 municípios prioritários AMARELA: 13 - 19 municípios prioritários VERMELHO: <13 municípios prioritários	25
		ASSISTÊNCIA	Intensificação do diagnóstico de casos novos de hanseníase	Nº de municípios prioritários diagnosticando pelo menos 90% dos casos novos esperados	25 municípios prioritários	VERDE: 20 - 25 municípios prioritários AMARELA: 13 - 19 municípios prioritários VERMELHO: <13 municípios prioritários
	Detecção do grau de incapacidade		Nº de municípios prioritários com avaliação do grau de incapacidade $\geq 90\%$ no diagnóstico	25 municípios prioritários	VERDE: 20 - 25 municípios prioritários AMARELA: 13 - 19 municípios prioritários VERMELHO: <13 municípios prioritários	11
			Nº de municípios prioritários com avaliação do grau de incapacidade $\geq 90\%$ na cura	25 municípios prioritários	VERDE: 20 - 25 municípios prioritários AMARELA: 13 - 19 municípios prioritários VERMELHO: <13 municípios prioritários	4
	Redução da taxa de abandono do tratamento		Nº de municípios prioritários com abandono do tratamento	25 municípios prioritários	VERDE: 20 - 25 municípios prioritários AMARELA: 13 - 19 municípios prioritários VERMELHO: <13 municípios prioritários	17
	EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE	Elaboração e encaminhamento de boletins de vigilância epidemiológica	Nº de Boletins elaborados e encaminhados aos municípios	2 boletins elaborados	VERDE: 2 boletins elaborados AMARELO: 1 boletim elaborado VERMELHO: 0 boletim elaborado	2
Realização de campanhas para diagnóstico		Nº de campanhas estaduais realizada para intensificação de diagnóstico	2 campanhas realizadas	VERDE: 2 campanhas realizadas AMARELO: 1 campanha realizada VERMELHO: 0 campanha realizada	2	
RESULTADO	INTERMEDIÁRIO	Redução do grau de incapacidade II	Nº de municípios prioritários que tiveram $\leq 5\%$ dos casos novos com grau de incapacidade II no diagnóstico	25 municípios prioritários	VERDE: 20 - 25 municípios prioritários AMARELA: 13 - 19 municípios prioritários VERMELHO: <13 municípios prioritários	20
	FINAIS	Intensificação do exame contatos intradomiciliares dos casos novos	Nº de municípios prioritários examinando $\geq 75\%$ de contatos dos casos diagnosticados	25 municípios prioritários	VERDE: 20 - 25 municípios prioritários AMARELA: 13 - 19 municípios prioritários VERMELHO: <13 municípios prioritários	17
		Aumento da cura dos casos de hanseníase	Nº de municípios prioritários atingindo $\geq 90\%$ de cura dos casos de hanseníase	25 municípios prioritários	VERDE: 20 - 25 municípios prioritários AMARELA: 13 - 19 municípios prioritários VERMELHO: <13 municípios prioritários	10

Desempenho satisfatório
  Desempenho regular
  Desempenho insatisfatório

## 2.1 Resultados do Monitoramento das Ações de Controle da Hanseníase

Para monitorar as ações de enfrentamento da hanseníase foram elencados 22 (vinte e dois) indicadores, dos quais 12 (doze) obtiveram desempenho satisfatório, 6 (seis) regular e 4 (quatro) desempenho insatisfatório (Quadro 1). Ressalta-se que estas ações estão em andamento nos municípios prioritários, com isso, o cenário da doença ainda pode ser modificado.

Os indicadores de processo foram os que apresentaram melhor desempenho, com destaque para: “Nº de municípios prioritários que realizaram mutirão para identificação de casos de hanseníase” e “Nº de municípios prioritários com visitas técnicas realizadas (diagnóstico situacional e treinamento em serviço) nas unidades de saúde”, ambos realizados em todos os municípios prioritários para hanseníase. Estas atividades contribuíram para o aumento na detecção de casos novos da doença e da capacidade técnica dos profissionais da unidade de saúde, respectivamente, com perspectiva de melhoria da assistência aos portadores da doença. Outro indicador com desempenho máximo alcançado foi o “Nº de municípios prioritários com visitas técnicas para limpeza do banco de dados do Sinan”, que resultou na melhoria da informação da doença, com a remoção de duplicidade e preenchimento de variáveis ignoradas (completitude), melhorando, assim, a consistência do banco (Quadro 1).

Em relação aos indicadores de resultado final, o “Nº de municípios prioritários examinando  $\geq 75\%$  de contatos dos casos diagnosticados”, apresentou desempenho regular, com 17 dos 25 municípios atingindo a meta estabelecida; enquanto que o “Nº de municípios prioritários atingindo  $\geq 90\%$  de cura dos casos de hanseníase” teve um desempenho insatisfatório, com apenas 10 dos 25 municípios prioritários atingindo a meta. Em ambos os casos, não ter atingido a meta reflete a necessidade da atualização contínua e crítica das informações inseridas no sistema SINAN; envolvimento e acompanhamento dos coordenadores do programa municipal de hanseníase junto às unidades que atendem os pacientes e sobretudo, reflete a necessidade da priorização da gestão municipal de forma contínua e com uma política claramente definida de enfrentamento.

Na análise por município, observa-se que Angelim, Belém de São Francisco, Floresta, Pedra, Tamandaré, Araripina, Lagoa Grande, Ouricuri, Gravatá e São Lourenço da Mata, apresentaram os melhores resultados, com percentuais superiores a 90,0% em ambos os indicadores de resultado, “% de contatos intradomiciliares dos casos novos examinados” e “% de cura de casos novos”. Já o município de Araçoiaba se destacou por ser o único que apresentou desempenho insatisfatório nos mesmos indicadores (33,3% e 50,0%, respectivamente).

Verificou-se ainda, que o município de Sirinhaém apresentou o pior desempenho no indicador de cura de casos novos (16,7%). Entretanto, este resultado revela o fato do município não estar atualizando o Sinan em tempo oportuno, devendo a área técnica de hanseníase da SEVS/PE realizar novas visitas técnicas para correção do problema (Quadro 2).

**Quadro 2** – Percentual de contatos intradomiciliares examinados e percentual de cura dos casos novos de hanseníase, nos anos das coortes\*. Programa Sanar, 2013.

Municípios Prioritários	% de contatos intradomiciliares dos casos novos examinados	% de cura de casos novos
Abreu e Lima	58,4	88,9
Angelim	100,0	100,0
Araçoiaba	33,3	50,0
Araripina	100,0	96,3
Belém de São Francisco	100,0	100,0
Cabo de Santo Agostinho	86,9	88,9
Camaragibe	76,9	75,0
Cupira	73,9	77,8
Floresta	100,0	100,0
Goiana	50,5	85,2
Gravatá	90,8	94,7
Igarassu	80,4	85,2
Ipojuca	93,1	77,4
Itapissuma	72,5	58,3
Jaboatão dos Guararapes	58,5	71,3
Lagoa Grande	100,0	96,0
Olinda	82,8	89,5
Ouricuri	99,2	97,4
Pedra	100,0	100,0
Petrolina	73,5	88,8
Recife	61,6	75,3
São Lourenço da Mata	90,5	91,2
Sirinhaém**	100,0	16,7
Tamandaré	100,0	100,0
Trindade	99,1	86,7

\* Os anos das coortes são definidos com base na duração do tratamento (dois anos para portadores de hanseníase multibacilar e um ano para paucibacilar. Nesta ocasião, foi analisada a situação de encerramento por cura e exames dos contatos intradomiciliares dos casos notificados em 2011 na coorte de multibacilar e 2012 na paucibacilar).

\*\*município não atualiza o sistema desde janeiro de 2013.

Fonte: Sinan/SEVS/SES-PE

Nota: Dados atualizados em 07/04/2014 (banco congelado), sujeitos à alteração.

Parâmetros:

<b>Cura</b>	<span style="color: green;">■</span> Satisfatório $\geq 90,0\%$	<span style="color: yellow;">■</span> Regular $75,0\% - 89,9\%$	<span style="color: red;">■</span> Insatisfatório $< 75,0\%$
<b>Contatos intradomiciliares examinados</b>	<span style="color: green;">■</span> Satisfatório $\geq 75,0\%$	<span style="color: yellow;">■</span> Regular $50,0\% - 74,9\%$	<span style="color: red;">■</span> Insatisfatório $< 50,0\%$

## 2.2 Conclusões

Desde a sua concepção, o Sanar desenvolve ações voltadas para a qualificação da assistência aos portadores de hanseníase, e para isso, utiliza a integração da vigilância em saúde com a atenção básica como a estratégia de condução do plano de ação de controle da doença.

Norteando este processo, o assessoramento técnico promoveu o desenvolvimento de um conjunto de atividades que estão sendo efetivas na reorientação da prática em serviço das ações de vigilância e controle da hanseníase na atenção básica. Possibilitou também, identificar e promover evolução de diferentes limitações dos profissionais quanto ao atendimento aos portadores dessas doenças. As principais questões abordadas no assessoramento foram: reforço à busca ativa de dermatoneurologistas, realização de exame de contatos intradomiciliares e avaliação do grau de incapacidade, intensificação do acompanhamento dos pacientes por meio da dose supervisionada, realização de atividades de promoção da saúde e estímulo ao preenchimento completo do livro de registro de casos, assim como os demais impressos do Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH).

Outra estratégia utilizada foi a realização de Oficinas para pactuação envolvendo os gestores e técnicos, estaduais e municipais. Esta tem possibilitado uma aproximação da equipe técnica com a gestão, além de suscitar importantes discussões e gerar encaminhamentos concretos de resolução para os principais problemas que impactam no funcionamento das atividades de vigilância e controle da doença.

Os maiores avanços da estratégia observados foram a descentralização da entrega de medicamentos para as ESF, realização de acompanhamento da dose supervisionada em todas as ESF dos municípios prioritários, utilização de boletim de acompanhamento mensal do Sinan e realização de análise (limpeza de banco) periódica desse sistema. No entanto, evidencia-se a necessidade de um prazo maior para verificar mudança do processo de trabalho e impacto no controle da doença.

Mudanças positivas nas práticas de trabalho tem mostrado bons resultados em alguns indicadores de processo, a exemplo da redução de encaminhamentos de pacientes com quadros comuns de hanseníase para a referência.

Entretanto, questões que dependem da gestão, como apoio logístico e estrutural para desenvolvimento das ações, perpetuam-se como um desafio a ser enfrentado, a fim de permitir a continuidade e sustentabilidade das ações integradas no enfrentamento da hanseníase. Para isso, torna-se necessária uma maior priorização e compromisso por parte dos gestores.

Destaca-se, também, a necessidade de qualificação dos dados disponíveis no SINAN, tendo em vista que a análise dos indicadores operacionais, como cura e abandono, frequentemente não são confiáveis ou estão desatualizados no sistema.

É possível constatar, ainda, que os resultados alcançados pelo Sanar demonstram que as estratégias utilizadas produzem melhoria na integralidade da atenção aos pacientes com hanseníase e no controle da doença, em curto e médio prazo, respectivamente. Contudo, necessitam de continuidade por parte da gestão municipal bem como de outros fatores já citados.

Frente ao disposto, entendendo que o monitoramento é uma atividade fundamental ao processo de gestão do SUS, uma vez que possibilita a mudança ou a manutenção das estratégias adotadas. Neste caráter, o Programa Sanar tem se beneficiado deste processo e corrigido os rumos das ações, de modo a garantir o alcance dos resultados. Para tanto, é de fundamental importância que o desenho do sistema de monitoramento dos Programas seja parte integrante do planejamento das suas ações, devendo contemplar os aspectos nucleares da execução do trabalho previstos para alcançar os objetivos da intervenção.

## REFERÊNCIAS CONSULTADAS

Brasil. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva** - Monitoramento e avaliação: processo de formulação, conteúdo e uso dos instrumentos do PlanejaSUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica, n. 21**. Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose. Brasília : Ministério da Saúde, 2007.

Champagne F; Brousselle, A; Hartz, ZMA; Contandriopoulos, AP. Modelizar as intervenções. In: Brousselle, A et al. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

Contandriopoulos, AP *et al*. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, ZMA. Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1997. cap. 2, p. 29-48

McLaughlin JA, Jordan GB. Logic models: A tool for telling your program's performance story. **Evaluation and Program Planning**. v. 22, n.1, 1999.

OPAS. OMS. Resolução CD49.R19 (Port.) de 2 de outubro de 2009. **Eliminação de doenças negligenciadas e outras infecções relacionadas à pobreza**. 49º Reunião do Conselho Diretor – 61ª Sessão do Comitê Regional, Washington, D.C., EUA, 28 de setembro a 2 de outubro de 2009.

Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. SANAR: Programa de Enfrentamento às Doenças Negligenciadas – Pernambuco 2001-2014. Recife, 2013.

Rowan MS. Logic models in primary care reform: Navigating the evaluation. **Canadian Journal of Program Evaluation**, 15(2), 2000.











