

# PROGRAMA DE CONTROLE DA HANSENÍASE: UMA AVALIAÇÃO MUNICIPAL

*Leprosy Control Program: a municipal evaluation*

*Programa de Control de la Hanseniasis: una evaluación municipal*

Angélica Marques dos Anjos <sup>1</sup>, Júlia Rafaelly de Matos Barbosa Jordão <sup>2</sup>, Rafael Ferreira de França <sup>3</sup>

<sup>1</sup> Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco – ESPPE

<sup>2</sup> Hospital Regional Belarmino Correia – HRBC

<sup>3</sup> Secretaria Estadual de Saúde – SES/PE

## RESUMO

**Objetivo:** Avaliar a estrutura e processo de trabalho do Programa de Controle da Hanseníase do município de Goiana no ano de 2017. **Métodos:** Trata-se de um estudo de avaliação normativa, o qual utilizou uma população de 23 Unidades de Saúde da Família (USF), o que corresponde a 100% das USFs existentes no município. Foi utilizado um instrumento de pesquisa (divido em três componentes) contendo questões relacionadas à estrutura e processo referentes à hanseníase. **Resultados:** A melhor classificação foi atribuída ao componente Processo/Vigilância, que obteve o nível bom (72,6%). O componente Processo/Educação apresentou o nível regular (52,2%), assim como o componente Estrutura (63,5%). **Conclusão:** Faz-se necessário investir na reestruturação do Programa de Controle da Hanseníase em Goiana, partindo de mudanças voltadas para estrutura e processo de trabalho, sobretudo nos aspectos relacionados ao componente Processo/Educação, que apresentou as menores taxas.

**Palavras-chaves:** Hanseníase; Atenção Primária à Saúde; Avaliação em Saúde

## ABSTRACT

**Objective:** To evaluate the structure and work process of the Leprosy Control Program of the municipality of Goiana in 2017. **Methods:** This is a normative evaluation study, which used a population of 23 Family Health Units (USF ), which corresponds to 100% of the USFs existing in the municipality. We used a research tool (divided into three components) containing questions related to the structure and process related to leprosy. **Results:** The best classification was attributed to the Process/Surveillance component, which obtained the good level (72.6%). The Process/Education component presented the regular level (52.2%), as well as the Structure component (63.5%). **Conclusion:** It is necessary to invest in the restructuring of the Leprosy Control Program in Goiana, based on changes in structure and work process, especially in the aspects related to the Process/Education component, which presented the lowest rates.

**Key words: Leprosy; Primary Health Care; Health Evaluation**

## RESUMEN

**Objetivo:** Evaluar la estructura y proceso de trabajo del Programa de Control de la Hanseniasis del municipio de Goiana en el año 2017. **Métodos:** Se trata de un estudio de evaluación normativa, el cual utilizó una población de 23 Unidades de Salud de la Familia (USF ), lo que corresponde al 100% de las USF existentes en el municipio. Se utilizó un instrumento de investigación (dividido en tres componentes) que contenía cuestiones relacionadas con la estructura y proceso de la lepra. **Resultados:** La mejor clasificación fue atribuida al componente Proceso/Vigilancia, que obtuvo el nivel bueno (72,6%). El componente Proceso/Educación presentó el nivel regular (52,2%), así como el componente Estructura (63,5%). **Conclusión:** Se hace necesario invertir en la reestructuración del Programa de Control de la Hanseniasis en Goiana, partiendo de cambios orientados a la estructura y proceso de trabajo, sobre todo en los aspectos relacionados al componente Proceso/Educación, que presentó las menores tasas.

**Palabras-clave: Lepra; Atención Primaria de Salud; Evaluación en Salud**

## INTRODUÇÃO

A hanseníase, doença crônica infectocontagiosa, tem como principal agente etiológico o *Mycobacterium leprae*, bacilo que instala-se na célula de Schwann da bainha mielínica de nervos periféricos que provoca acometimentos dermatoneurológicos, sendo capaz de acarretar incapacidades físicas, caso não seja tratada precocemente. O poder de levar à incapacidade estará associado ao potencial imunogênico do *M. leprae*.<sup>1,2</sup>

Uma das patologias mais remotas que acomete o homem, a hanseníase tem suas referências mais antigas do ano 600 a.C. e provém da Ásia, que, ao lado da África, são consideradas os locais de origem da doença, que por sua vez relaciona-se diretamente com a pobreza, condições sanitárias e de habitação, dado que a concentração de pessoas provoca um maior alastramento do bacilo por meio da via respiratória. Ainda é uma doença decorrente do baixo acesso dos sistemas de saúde, visto que o diagnóstico é altamente clínico e o tratamento não exige elevados custos.<sup>2,3</sup>

As condições de vida mais favoráveis e o progresso científico transformaram o quadro da hanseníase, que há mais de 20 anos passou a ser uma doença tratável e curável. De 2007 a 2011, cerca de 37.000 casos novos foram identificados a cada ano no Brasil, dentre eles 7% ocorreram em menores de 15 anos. Trata-se de uma doença de notificação compulsória em todo o país e requer obrigatoriedade da investigação.<sup>2</sup>

Em todas as regiões do Brasil, houve redução no coeficiente de prevalência de hanseníase de, cerca de, 1,3 casos/10 mil habitantes nos últimos 10 anos, mas não foi o suficiente para chegar ao índice aceito pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que é de menos de 1 caso/10 mil habitantes.<sup>4</sup>

Além disso, o Brasil está em concordância com as propostas da Estratégia Global para Hanseníase da OMS (2016-2020), que visa a diminuição do volume da doença, tendo por base os seguintes pilares: solidificação do controle e da parceria governamental, o

enfrentamento da hanseníase e seus agravantes, e o combate da discriminação com promoção da inclusão social.<sup>5</sup>

Conforme o Programa Nacional de Controle da Hanseníase, do Ministério da Saúde (MS), é preconizado que a atenção à doença seja pautada no diagnóstico precoce, tratamento adequado, prevenção e tratamento das incapacidades físicas e vigilância dos contatos.<sup>6</sup>

Mesmo com os esforços governamentais, o Brasil é apontado, dentre os países da América Latina, como o de maior prioridade para o controle do agravo, concentrando em 2012, 92% dos casos do continente americano, com prevalência de 1,51 casos por 10 mil habitantes e detecção de 17,17 casos por 100 mil habitantes.<sup>7</sup>

Em Pernambuco, entre 2001 e 2012, verificou-se um leve decréscimo do coeficiente geral de detecção de casos de hanseníase e do coeficiente de detecção em menores de 15 anos, os quais em 2012 corresponderam a, respectivamente, 28,7 e 11,5 casos/100 mil habitantes. Neste ano, Pernambuco ocupou a 9ª colocação na detecção geral e a 5ª em menores de 15 anos. Estima-se que, em média, 62% desses casos estavam centralizados na Região Metropolitana do Recife.<sup>8</sup>

Tendo em vista a preocupante realidade do estado quanto à hanseníase e ainda outros agravos, a Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde (SEVS) passou a desenvolver, a partir de 2011, por meio do Pacto pela Saúde, o Programa Sanar, que foi instituído pelo Decreto nº 39.497, de 11 de junho de 2013, com o objetivo de conter ou erradicar oito doenças transmissíveis negligenciadas, incluindo a hanseníase.<sup>9</sup>

Em resposta à atuação do Programa Sanar, na XII Regional de Saúde de Pernambuco, cujo município sede (Goiana) é prioritário para as ações de hanseníase, o indicador de Proporção de Cura de Casos Novos apresentou melhora, aumentando de

85,1% para 92,9% entre os anos de 2011 e 2013, conforme o Mapa Analítico de Saúde da Regional (2013)<sup>10</sup>.

Ao longo dos anos 2008 a 2013, o município de Goiana apresentou as maiores taxas de incidência de hanseníase dentro da Regional de Saúde<sup>10</sup>. Em 2017, foram detectados 19 casos da doença no município, distribuídos no território de 11 Unidades de Saúde da Família (USF). A área da USF Nova Goiana concentrou o maior número de casos, o que corresponde a 21% do total (4 casos).<sup>11</sup>

A detecção de possíveis falhas em um programa de saúde pode se dar a partir de uma avaliação da estrutura e do processo de trabalho, o que poderá revelar aspectos fundamentais relacionados à implantação do programa. Esse tipo de avaliação é de grande relevância para a avaliação de programas de saúde, visto que viabiliza o estudo dos procedimentos referentes à operacionalização dos programas em menção.<sup>12</sup>

A prática de ferramentas e estratégias da avaliação favorece um conhecimento mais profundo e amplo a cerca dos Programas de Saúde, constatando as potencialidades e as fragilidades, as quais exercem influência para a sua plena implantação e associação com seus resultados, além de auxiliar os gestores quanto à organização de atividades adequadas à realidade do município.<sup>13</sup>

Compreende-se, então, que um Programa de Controle da Hanseníase bem estruturado e implantado a nível municipal é capaz de reduzir a vulnerabilidade dos indivíduos pertencentes à regiões hiperendêmicas e endêmicas, bem como de melhorar os indicadores operacionais, como percentual de cura de casos novos, percentual de contatos examinados, percentual e avaliação de grau de incapacidade, entre outros.

O presente estudo também propõe recomendações capazes de gerar subsídios que auxiliem o direcionamento e o planejamento das ações voltadas para a melhoria dos

indicadores da hanseníase no município de Goiana, sendo ainda capaz de institucionalizar o processo de monitoramento e avaliação.

Deste modo, o objetivo deste estudo é realizar uma avaliação da estrutura e do processo de trabalho do Programa de Controle da Hanseníase do município de Goiana no ano de 2017.

## **MÉTODOS**

Trata-se de um estudo do tipo avaliação normativa. A área eleita foi o município de Goiana, que ocupa uma área territorial de 501,880 km<sup>2</sup>, com uma população de 75.644 habitantes, sendo a maioria residente da área urbana.<sup>14</sup> O município faz parte da Região Metropolitana do Recife e é sede da XII Regional de Saúde de Pernambuco, composta por dez municípios.

A Rede de Saúde de Goiana dispõe de 23 USFs, 1 Policlínica, 1 Hospital Regional, 1 CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) do tipo II, 1 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), 1 Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Núcleo de apoio à Saúde da Família (NASF), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e 1 Centro de aconselhamento e Testagem (CTA).<sup>10</sup>

As coletas foram realizadas nas 23 Unidades de Saúde da Família (USF) do município. Os dados foram coletados a partir de entrevistas com a aplicação de um instrumento de pesquisa, direcionado ao profissional responsável pelo atendimento dos pacientes com hanseníase .

O instrumento de pesquisa foi desenvolvido e validado pela equipe da Gerência de Doenças Transmitidas por Micobactérias da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES - PE). O mesmo é composto por dados de identificação da USF e do

entrevistado e por 35 questões relacionadas à estrutura e ao processo de trabalho, referentes à hanseníase.

De acordo com Moura et al, “estrutura” trata-se de um termo referente aos atributos físicos e organizacionais, com relativa estabilidade no âmbito que promove a assistência. Por outro lado, o termo “processo” abarca tudo o que os profissionais que atuam na atenção à saúde executam em favor de seus usuários e a aptidão com que exercem tal assistência.<sup>15</sup>

O instrumento é dividido em três componentes básicos, que subdividem-se em nove subcomponentes no total, contendo, em sua grande maioria, questões com respostas objetivas.

A Tabela 1, a seguir, demonstra os componentes e subcomponentes que constituem o instrumento de coleta, e o modo como esses estão agrupados.

Tabela 1. Componentes e Subcomponentes do instrumento de coleta de dados

<b>COMPONENTES</b>	<b>SUBCOMPONENTES</b>
<b>Estrutura</b>	Recursos Humanos
	Espaço físico
	Impressos
	Normatização
	Medicamentos e Insumos
<b>Processo de trabalho/Vigilância Epidemiológica</b>	Assessoramento técnico
	Diagnóstico e acompanhamento
<b>Processo de trabalho/Educação em Saúde</b>	Informação e mobilização da comunidade
	Educação Permanente

Fonte: Autoria própria

Para o armazenamento e análise dos dados coletados foi utilizada a ferramenta Microsoft Excel 2010.

A princípio, atribuiu-se uma pontuação para cada pergunta do instrumento, conforme a matriz de monitoramento, a fim de gerar uma pontuação máxima para o instrumento e para cada componente e subcomponente. Após essa etapa, foi construída

uma planilha eletrônica para cada unidade, contendo a pontuação esperada e a pontuação alcançada por componente e subcomponente, assim como o resultado final (esperado e alcançado) em valor numérico e percentual.

Em seguida, esses dados foram transferidos para um painel onde cada componente e subcomponente foi classificado de acordo com a pontuação alcançada. Os valores de referência para essa classificação foram atribuídos com base nas scores maior ou igual a 80%, considerado como nível de classificação elevado; de 79 a 65% foi considerado como nível de classificação bom; de 64 a 50% foi tido como nível regular; e as pontuações menores ou iguais a 49% foram classificadas no nível baixo.<sup>16</sup>

Por meio das informações contidas no painel foi possível ainda lançar mão de uma análise estatística descritiva, obtendo o valor da média, do desvio padrão e valor mínimo e máximo de cada componente e subcomponente no grupamento das 23 unidades. Nesse caso, os dados possibilitaram a visualização do retrato do município como um todo, podendo comparar os resultados obtidos com o que foi esperado para o conjunto de unidades.

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Agamenon Magalhães para a apreciação segundo as normas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde<sup>17</sup> e aprovado conforme o parecer de número 2.431.473.

Foram respeitados os princípios bioéticos, assim como o sigilo e anonimato dos voluntários. Os entrevistados, para participarem da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A coleta de dados teve início após a aprovação do Comitê de ética em Pesquisa.

## RESULTADOS

O estudo utilizou uma população de 23 enfermeiros, sendo 91% (n = 21) deles do sexo feminino e 9% (n = 2) do sexo masculino, com idade média de 33 anos, variando de 24 anos a 52 anos. A média de tempo de formação do grupo entrevistado foi de 7 anos, variando de 1 a 23 anos. Do total da população, 74% (n = 17) desses enfermeiros possuem curso de pós graduação. Quanto ao tempo de atuação na unidade de saúde, foi obtido o valor de mediana de 7 meses, variando de 6 dias a 8 anos.

No que se refere à composição das equipes, a grande maioria das unidades, 96% (n = 22), dispõe de Equipes de Saúde da Família completas, compostas pelos profissionais médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde, cirurgião-dentista e auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal. Os outros 4% (n = 1) não detém equipe completa devido à ausência do profissional médico.

As Figuras 1, 2 e 3, apresentadas mais adiante, seguem um mesmo padrão, demonstrando a pontuação alcançada por cada unidade e componente e, conseqüentemente, o nível de classificação.

No subcomponente Recursos Humanos (Figura 1), por exemplo, a USF Atapuz alcançou o total de 1 ponto, que corresponde a 33,3% da pontuação máxima esperada para esse subcomponente. A soma das pontuações de todos os subcomponentes dessa unidade correspondeu a 54,5% da pontuação máxima esperada para o componente Estrutura, sendo classificada no nível regular, conforme a legenda apresentada abaixo da figura.

Considerando ainda a Figura 1, referente ao componente Estrutura, foi observado que a unidade que obteve a menor pontuação foi a USF Malvinas, alcançando apenas 34% da pontuação esperada para esse componente. Por outro lado, a USF Melões

alcançou a pontuação mais alta (86%). Os níveis de classificação foram, respectivamente, baixo e elevado.

Em relação à Figura 2, referente ao componente Processo/Vigilância, a USF Ubu apresentou o pior resultado, alcançando 35% do que se esperava, sendo classificada no nível baixo. No entanto, a USF Bela Vista atingiu a maior pontuação (95%), classificada então no nível elevado.

Quanto ao componente Processo/Educação, apresentado na Figura 3, notou-se que 5 unidades (USF Três Viúvas, USF Mutirão, USF Malvinas, USF Boa Vista e USF Atapuz) demonstraram o mesmo resultado, 17%, sendo essas unidades as que obtiveram a pior pontuação dentro do componente, classificadas no nível baixo. Nesse componente 3 unidades (USF Carne de Vaca, USF Carrapicho e USF Melões) atingiram a mesma pontuação, 83%, sendo classificadas no nível elevado.

Figura 1. Nível de classificação do componente Estrutura por USF

Subcomponentes	Recursos humanos		Espaço Físico		Impressos		Normatização		Medicamentos e insumos		E*
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Pontuação máxima	3		2		20		3		16		44
Unidade de Saúde	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	%
Atapuz	1	● 33,3	2	● 100,0	16	● 80,0	3	● 100,0	2	● 12,5	● 54,5
Baldo do Rio	2	● 66,7	1	● 50,0	16	● 80,0	3	● 100,0	2	● 12,5	● 54,5
Barro Vermelho	2	● 66,7	1	● 50,0	20	● 100,0	0	● 0,0	8	● 50,0	● 70,4
Bela Vista	3	● 100,0	1	● 50,0	18	● 90,0	2	● 66,7	6	● 37,5	● 68,2
Boa Vista	2	● 66,7	2	● 100,0	14	● 70,0	3	● 100,0	2	● 12,5	● 52,3
Bom Jesus	3	● 100,0	2	● 100,0	18	● 90,0	2	● 66,7	6	● 37,5	● 70,4
Bom Tempo	3	● 100,0	2	● 100,0	16	● 80,0	3	● 100,0	6	● 37,5	● 68,2
Carne de Vaca	2	● 66,7	1	● 50,0	18	● 90,0	2	● 66,7	4	● 25,0	● 61,4
Carrapicho	3	● 100,0	2	● 100,0	20	● 100,0	3	● 100,0	4	● 25,0	● 72,7
Catuama	3	● 100,0	1	● 50,0	16	● 80,0	3	● 100,0	8	● 50,0	● 70,4
Engenho Ubu	2	● 66,7	1	● 50,0	18	● 90,0	2	● 66,7	4	● 25,0	● 61,4
Estrada de Cima	3	● 100,0	1	● 50,0	20	● 100,0	3	● 100,0	4	● 25,0	● 70,4
Fleixeiras	3	● 100,0	1	● 50,0	20	● 100,0	3	● 100,0	4	● 25,0	● 70,4
Gambá	3	● 100,0	1	● 50,0	20	● 100,0	3	● 100,0	4	● 25,0	● 70,4
Malvinas	2	● 66,7	1	● 50,0	12	● 60,0	0	● 0,0	0	● 0,0	● 34,1
Melões	3	● 100,0	2	● 100,0	20	● 100,0	3	● 100,0	10	● 62,5	● 86,4
Mutirão	3	● 100,0	1	● 50,0	14	● 70,0	3	● 100,0	0	● 0,0	● 47,7
Nova Divisão	1	● 33,3	2	● 100,0	14	● 70,0	0	● 0,0	4	● 25,0	● 47,7
Nova Goiana	3	● 100,0	1	● 50,0	20	● 100,0	3	● 100,0	2	● 12,5	● 65,9
Pontas de Pedra	2	● 66,7	1	● 50,0	20	● 100,0	3	● 100,0	4	● 25,0	● 68,2
Rua das Quintas	3	● 100,0	2	● 100,0	18	● 90,0	2	● 66,7	6	● 37,5	● 70,4
São Lourenço	2	● 66,7	2	● 100,0	18	● 90,0	3	● 100,0	6	● 37,5	● 70,4
Três Viúvas	2	● 66,7	2	● 100,0	14	● 70,0	2	● 66,7	4	● 25,0	● 54,5
<b>Unidades</b>	<b>56</b>	<b>● 81,1</b>	<b>33</b>	<b>● 71,7</b>	<b>400</b>	<b>● 86,9</b>	<b>54</b>	<b>● 78,3</b>	<b>100</b>	<b>● 27,2</b>	<b>● 63,5</b>

Fonte: Autoria própria

E\*: Componente Estrutura

Elevado ( $\geq 80\%$ ): ● Bom (79 a 65%): ● Regular (64 a 50%): ● Baixo ( $\leq 49\%$ ): ●

Figura 2. Nível de classificação do componente Processo/Vigilância por USF

Subcomponentes	Assessoramento técnico		Diagnóstico e acompanhamento		P/V*
	N	%	N	%	%
Pontuação máxima	3		17		<b>20</b>
Unidade de Saúde	N	%	N	%	%
Atapuz	1	● 33,3	11	● 64,7	● <b>60,0</b>
Baldo do Rio	2	● 66,7	14	● 82,4	● <b>80,0</b>
Barro Vermelho	3	● 100,0	14	● 82,4	● <b>85,0</b>
Bela Vista	3	● 100,0	16	● 94,1	● <b>95,0</b>
Boa Vista	1	● 33,3	12	● 70,6	● <b>65,0</b>
Bom Jesus	2	● 66,7	14	● 82,4	● <b>80,0</b>
Bom Tempo	2	● 66,7	13	● 76,5	● <b>75,0</b>
Carne de Vaca	3	● 100,0	14	● 82,4	● <b>85,0</b>
Carrapicho	3	● 100,0	12	● 70,6	● <b>75,0</b>
Catuama	3	● 100,0	13	● 76,5	● <b>80,0</b>
Engenho Ubu	3	● 100,0	4	● 23,5	● <b>35,0</b>
Estrada de Cima	1	● 33,3	13	● 76,5	● <b>70,0</b>
Fleixeiras	3	● 100,0	14	● 82,4	● <b>85,0</b>
Gambá	3	● 100,0	14	● 82,4	● <b>85,0</b>
Malvinas	3	● 100,0	5	● 29,4	● <b>40,0</b>
Melões	3	● 100,0	13	● 76,5	● <b>80,0</b>
Mutirão	2	● 66,7	10	● 58,8	● <b>60,0</b>
Nova Divisão	0	● 0,0	11	● 64,7	● <b>55,0</b>
Nova Goiana	2	● 66,7	12	● 70,6	● <b>70,0</b>
Pontas de Pedra	3	● 100,0	15	● 88,2	● <b>90,0</b>
Rua das Quintas	3	● 100,0	11	● 64,7	● <b>70,0</b>
São Lourenço	2	● 66,7	14	● 82,4	● <b>80,0</b>
Três Viúvas	2	● 66,7	12	● 70,6	● <b>70,0</b>
<b>Unidades</b>	<b>53</b>	<b>● 76,8</b>	<b>281</b>	<b>● 71,9</b>	<b>● 72,6</b>

Fonte: Autoria própria

P/V\*: Componente Processo/Vigilância

Elevado ( $\geq 80\%$ ): ● Bom (79 a 65%): ● Regular (64 a 50%): ● Baixo ( $\leq 49\%$ ): ●

Figura 3. Nível de classificação do componente Processo/Educação por USF

Subcomponentes	Informação e mobilização		Educação permanente		P/E*
Pontuação máxima	10		2		12
Unidade de Saúde	N	%	N	%	%
Atapuz	2	● 20,0	0	● 0,0	● 16,7
Baldo do Rio	6	● 60,0	0	● 0,0	● 50,0
Barro Vermelho	6	● 60,0	2	● 100,0	● 66,7
Bela Vista	3	● 30,0	2	● 100,0	● 41,7
Boa Vista	2	● 20,0	0	● 0,0	● 16,7
Bom Jesus	6	● 60,0	2	● 100,0	● 66,7
Bom Tempo	5	● 50,0	0	● 0,0	● 41,7
Carne de Vaca	8	● 80,0	2	● 100,0	● 83,3
Carrapicho	8	● 80,0	2	● 100,0	● 83,3
Catuama	7	● 70,0	2	● 100,0	● 75,0
Engenho Ubu	7	● 70,0	0	● 0,0	● 58,3
Estrada de Cima	7	● 70,0	2	● 100,0	● 75,0
Fleixeiras	6	● 60,0	0	● 0,0	● 50,0
Gambá	7	● 70,0	2	● 100,0	● 75,0
Malvinas	2	● 20,0	0	● 0,0	● 16,7
Melões	8	● 80,0	2	● 100,0	● 83,3
Mutirão	2	● 20,0	0	● 0,0	● 16,7
Nova Divisão	1	● 10,0	2	● 100,0	● 25,0
Nova Goiana	6	● 60,0	0	● 0,0	● 50,0
Pontas de Pedra	7	● 70,0	0	● 0,0	● 58,3
Rua das Quintas	5	● 50,0	2	● 100,0	● 58,3
São Lourenço	7	● 70,0	2	● 100,0	● 75,0
Três Viúvas	2	● 20,0	0	● 0,0	● 16,7
<b>Unidades</b>	120	● 52,2	24	● 52,2	● 52,2

Fonte: Autoria própria

P/E\*: Componente Processo/Educação

Elevado (≥ 80%): ● Bom (79 a 65%): ● Regular (64 a 50%): ● Baixo (≤ 49%): ●

Na Tabela 2 estão apresentados os resultados referentes ao percentual de unidades que se enquadraram nos níveis de classificação elevado, bom, regular e baixo, quanto à pontuação obtida dentro do esperado em cada componente e subcomponente.

No componente Estrutura, Impressos apresentou um valor mais expressivo no nível de classificação elevado, com 78% das unidades atingindo essa classificação.

Medicamentos e Insumos, no entanto, demonstrou o menor valor, somente 13% das unidades tiveram um nível de classificação elevado.

No nível de classificação bom, Recursos Humanos alcançou um maior valor, com 39% das unidades ocupando essa classificação. Em contrapartida, os subcomponentes Espaço físico e Medicamentos e Insumos não tiveram uma unidade sequer inserida nessa classificação.

No nível de classificação regular, destaca-se a pontuação do subcomponente Espaço físico, com 56% das unidades, destoando das demais que, em sua maioria, não tiveram unidades classificadas no nível regular.

Outro importante contraste pode ser observado no nível de classificação baixo, com 87% das unidades no subcomponente Medicamentos e Insumos e a ausência de unidades com essa classificação nos subcomponentes Espaço físico e Impressos.

No que tange a pontuação alcançada pelo componente Estrutura, como um todo, demonstrada na última coluna da Figura 1, foi calculado o percentual de unidades em cada nível de classificação. Sendo assim, verificamos que a maior parte das unidades (56%) alcançaram o nível de classificação bom, e somente 4% das unidades chegaram ao nível elevado.

Ao observar as variáveis do componente Processo/Vigilância, percebe-se que em Assessoramento Técnico o maior percentual de unidades (52%) concentra-se no nível de classificação elevado. Contudo, houve ausência de unidades no nível regular. Já em Diagnóstico e Acompanhamento a concentração de unidades foi de 39% tanto para o nível elevado como para nível bom e o menor percentual de unidades (9%) foi para o nível baixo.

O componente Processo/Vigilância apresentou uma maior parte das unidades (48%) no nível elevado e a menor parcela (9%) no nível de classificação baixo.

No que tange ao componente Processo/Educação, o subcomponente Informação e Mobilização obteve um maior agrupamento de unidades nos níveis regular e baixo (30%) e o menor percentual de unidades (13%) ocupou o nível elevado. De outro modo, o subcomponente Educação Permanente apresentou 52% das unidades no nível elevado e nenhuma unidade nos níveis bom e regular.

Nesse componente, a maioria das unidades (35%) concentrou-se no nível de classificação baixo e a concentração menos expressiva (13%) foi no nível elevado.

Tabela 2. Quantitativo de USFs por nível de classificação (em %)

Variável	Elevado	Bom	Regular	Baixo
Recursos Humanos	52,17	39,13	0,00	8,70
Espaço Físico	43,48	0,00	56,52	0,00
Impressos	78,26	17,39	4,35	0,00
Normatização	60,87	26,09	0,00	13,04
Medicamentos e Insumos	13,04	0,00	0,00	86,96
<b>ESTRUTURA</b>	<b>4,35</b>	<b>56,52</b>	<b>26,09</b>	<b>13,04</b>
Assessoramento Técnico	52,17	30,44	0,00	17,39
Diagnóstico e Acompanhamento	39,13	39,13	13,04	8,70
<b>PROCESSO/VIGILÂNCIA</b>	<b>47,83</b>	<b>30,43</b>	<b>13,04</b>	<b>8,70</b>
Informação e Mobilização	13,05	26,09	30,43	30,43
Educação Permanente	52,17	0,00	0,00	47,83
<b>PROCESSO/EDUCAÇÃO</b>	<b>13,04</b>	<b>26,09</b>	<b>26,09</b>	<b>34,78</b>

Fonte: Autoria própria

A Tabela 3 a seguir explana os resultados de média, desvio padrão e valores mínimos e máximos dos subcomponentes e componentes no grupo das 23 unidades de saúde.

Adentro do componente Estrutura, o subcomponente Impressos obteve a maior média (87%) e o menor desvio padrão (12%) comparados às demais. A média mais baixa (27%) foi alcançada pelo subcomponente Medicamentos e Insumos e o maior valor de desvio padrão (34%) foi atingido pelo subcomponente Normatização.

Em Processo/Vigilância, os maiores valores de média (77%) e desvio padrão (29%) foram alcançados pelo subcomponente Assessoramento Técnico. Já no componente Processo/Educação a média (52%) foi a mesma para os dois subcomponentes. Porém, o desvio padrão do componente Educação Permanente foi significativamente maior (51%).

Ao confrontar, enfim, os resultados de cada componente, foi percebido que Processo/Vigilância teve o maior valor de média (73%) e Estrutura apresentou o menor desvio padrão (11%) quando comparado aos demais componentes.

Tabela 3. Estatística descritiva dos componentes (em %)

Variável	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Recursos Humanos	81,17	22,08	33,30	100,00
Espaço Físico	71,74	25,34	50,00	100,00
Impressos	86,96	12,59	60,00	100,00
Normatização	78,27	34,24	0,00	100,00
Medicamentos e Insumos	27,17	15,38	0,00	62,50
<b>ESTRUTURA</b>	<b>63,52</b>	<b>11,29</b>	<b>34,10</b>	<b>86,40</b>
Assessoramento Técnico	76,82	29,19	0,00	100,00
Diagnóstico e Acompanhamento	71,88	16,65	23,50	94,10
<b>PROCESSO/VIGILÂNCIA</b>	<b>72,61</b>	<b>14,91</b>	<b>35,00</b>	<b>95,00</b>
Informação e Mobilização	52,17	23,35	10,00	80,00
Educação Permanente	52,17	51,08	0,00	100,00
<b>PROCESSO/EDUCAÇÃO</b>	<b>52,18</b>	<b>24,11</b>	<b>16,70</b>	<b>83,30</b>

Fonte: Autoria própria

## DISCUSSÃO

Os entrevistados apresentaram uma importante heterogeneidade em quase todos os aspectos (sexo, idade, tempo de formação e tempo de atuação na USF). Para tempo de atuação na USF, por exemplo, foi utilizado o valor da mediana devido ao fato de haver alguns valores discrepantes em relação ao restante do grupo. E, nesse caso, a mediana é

preferível, já que não é influenciada por valores individuais que são muito maiores ou menores que os demais.

A divergência de tempo de atuação na USF entre os entrevistados pode estar fortemente associada à alta rotatividade dos profissionais, fato este bastante comum no município e que pode acarretar instabilidade das equipes e ainda comprometer o vínculo e o cuidado contínuo ao usuário<sup>18,19</sup>.

Um aspecto bastante positivo foi a grande proporção de unidades com Equipe de Saúde da Família completa, o que favorece a oferta do cuidado integral. Por outro lado, quase metade da população entrevistada não pontuou no subcomponente Educação Permanente, caracterizando certa descontinuidade do processo de formação, podendo prejudicar, de acordo com alguns estudos, a composição e manutenção de equipes de saúde qualificadas para atender de modo satisfatório às demandas do serviço.<sup>20,21</sup>

Outro subcomponente que obteve uma pontuação consideravelmente afastada do que se esperava foi Informação e Mobilização, algo que impacta negativamente no grau de conhecimento da comunidade acerca da Hanseníase. Esse resultado pode estar ligado à baixa pontuação do subcomponente Educação Permanente, o que corrobora de modo proporcional com um estudo realizado em Chapecó,<sup>22</sup> o qual comenta que a capacitação contínua dos profissionais da Atenção Primária à Saúde pode resultar no incentivo à realização de ações educativas e no estímulo a elaboração de uma avaliação ordenada das ações.

É importante destacar também que grande parte das unidades alcançou o nível de classificação elevado para o subcomponente Impressos, sendo esse o que atingiu a maior média dentro do componente Estrutura e menores valores do desvio padrão e do intervalo entre valores máximo e mínimo. Pode-se afirmar, então, que esse subcomponente foi o

que mais se aproximou da pontuação esperada e que apresentou uma população mais homogênea de unidades, com relação aos resultados.

Por outro lado, o subcomponente Medicamentos e Insumos foi o mais afastado da pontuação esperada, dentro de Estrutura, sendo inserido no nível de classificação baixo. Vale ressaltar que esses resultados podem estar relacionados ao fluxo estabelecido pelo município, que determina que os medicamentos do esquema paucibacilar e multibacilar da hanseníase, assim como os do esquema alternativo, não fiquem armazenados na unidade de saúde, e sim na farmácia municipal. Apesar disso, a falta (quase geral) de insumos essenciais como os de autocuidado e de avaliação de grau de incapacidade, parece, segundo os relatos, um problema a nível municipal.

Quanto ao Espaço Físico, menos da metade das unidades foram classificadas no nível elevado. Isso implica em repercussões negativas em vários aspectos, visto que um ambiente inadequado deixa a desejar no que diz respeito à promoção do bem estar de profissionais e usuários do serviço, além de ser um entrave na realização de atividades essenciais para o programa.<sup>23</sup>

No que se refere aos resultados do componente Processo/Vigilância, verifica-se que seus subcomponentes apresentam a maior concentração de unidades nos níveis de classificação elevado e bom em relação aos demais componentes. Esses resultados positivos vão ao encontro do que é proposto pelo Programa de Controle da hanseníase, que preconiza que o modelo eleito de atenção à doença seja firmado no diagnóstico precoce, tratamento oportuno, prevenção e tratamento das incapacidades físicas e vigilância dos contatos.<sup>5</sup>

Ao considerar os resultados finais apresentados nas últimas colunas das Figuras 1, 2 e 3, percebe-se que a melhor classificação foi atribuída ao componente Processo/Vigilância, que obteve o nível bom (72,6%), reforçando os resultados discutidos

no parágrafo anterior. Já os demais foram classificados no nível regular, sendo o componente Processo/Educação o que apresentou o pior resultado.

Dessa forma, pode-se concluir que se faz necessário investir na reestruturação do Programa de Controle da Hanseníase no município de Goiana. Para isso, é indispensável a promoção de mudanças relacionadas tanto à estrutura dos serviços como ao processo de trabalho, sobretudo nos aspectos relacionados ao componente Processo/Educação, que apresentou as menores taxas. Isso pode refletir, por consequência, em mudanças comportamentais das equipes de saúde.<sup>24</sup>

Assim, esse tipo de análise possibilitou a construção de um retrato atual (no período das coletas) da realidade a respeito da Estrutura e Processo do Programa de Controle da Hanseníase no município de Goiana, podendo servir também como reforço para outras evidências.

Embora o estudo apresente algumas limitações, como a heterogeneidade do perfil de profissionais, que implica em uma importante parcela com menos de 2 meses de atuação na unidade, resultando em pouco conhecimento sobre o local e a comunidade, o mesmo poderá situar os gestores sobre as fragilidades encontradas no território, assim como orientar as tomadas de decisões e o planejamento de ações, estimulando a melhoria do programa.

## **AGRADECIMENTOS**

À Secretaria Municipal de Saúde do Município de Goiana, que permitiu o acesso às unidades de saúde; à coordenação do Programa de Controle de Hanseníase, que estabeleceu o contato com as unidades, realizando o agendamento das visitas e proporcionando os encontros com os entrevistados. E, por fim, aos profissionais

enfermeiros que forneceram as informações necessárias para que este trabalho fosse realizado.

## **CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES**

Anjos AM participou da elaboração do projeto, da concepção do artigo e de todas as etapas de análise e redação do mesmo. França RF contribuiu com o levantamento bibliográfico, análise dos dados e revisão da redação do artigo. Jordão JRMB colaborou na elaboração do projeto e no levantamento bibliográfico.

## **REFERÊNCIAS**

1. Britton WJ, Lockwood DNJ. Leprosy. *Lancet* 2004 abr; 363 (9416): 1209-1219.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigilância de A a Z. Hanseníase – descrição da doença. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
3. Savassi LCM. Hanseníase: Políticas públicas e qualidade de vida de pacientes e seus cuidadores [dissertação]. Belo Horizonte (MG): Fundação Oswaldo Cruz; 2010.
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Relatório de gestão da Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle da Hanseníase – CGPNCH: janeiro de 2009 a dezembro de 2010. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
5. Organização Mundial de Saúde. Estratégia Global para Hanseníase 2016-2020: acelerar a ação para um mundo sem lepra [Internet]. Geneva: Organização Mundial de Saúde; 2016 [citado 2018 fev 15]. 21 p. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208824/1/9789290225201-pt.pdf>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 3125, de 7 de outubro de 2010. Aprova as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da Hanseníase. Gabinete do Ministro, Brasília (DF), 2010.
7. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde do Brasil. Boletim Epidemiológico nº 11. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

8. Secretaria Estadual de Saúde (Pernambuco). Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico de Hanseníase. Recife: Secretaria Estadual de Saúde; 2013.
9. Secretaria Estadual de Saúde (Pernambuco). Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. Programa Sanar – Doenças Negligenciadas. Recife: Secretaria Estadual de Saúde; 2015.
10. Secretarias Municipais de Saúde (Pernambuco). Mapa Analítico de Saúde da XII Região de Saúde de Pernambuco. Goiana: 2013.
11. Secretaria Estadual de Saúde (Pernambuco). Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. Programa de Controle da Hanseníase. Dados coletados (SINAN) e tabulados em 22 de janeiro de 2018. Recife: Secretaria Estadual de Saúde; 2018.
12. Champagne F, Brousselle A, Hartz ZMA, Contandriopoulos AP, Denis JL. A análise de implantação. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz, ZMA. Avaliação conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. p.217-238.
13. Mendonça EF. Avaliação do Programa de Controle da Tuberculose: uma análise de implantação municipal [dissertação]. Recife (PE): Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira; 2016.
14. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Composição da população residente total. Estudos & Pesquisas: Informação Demográfica e Socioeconômica, por município, 2017: Rio de Janeiro: IBGE, 2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/goiana/panorama>
15. Moura BLA, Cunha RC, Fonseca ACF, Aquino R, Medina MG, Vilas Bôas ALQ, et al. Atenção Primária à Saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. Rev Bras Saúde Mater Infant. 2010 nov; 10 Suppl 1: 69-81.
16. Duarte MS. Avaliação do desempenho da Vigilância Epidemiológica nas regiões de saúde em Pernambuco no ano de 2012 [dissertação]. Recife (PE): Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira; 2014.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Trata de pesquisas e testes em seres humanos. Conselho Nacional de Saúde, Brasília (DF), 2012.
18. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Atenção Básica. Saúde mais perto de você. Programa Nacional da Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Manual Instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde: 2012.
19. Loch-Neckel G, Seemann G, Eidt HB, Rabuske MM, Crepaldi MA. Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. Ciênc Saúde Colet. 2009 out; 14 Suppl 1: 1463-1472.

20. Cardoso GCP, et al. As conformidades das ações do Tratamento Diretamente Observado para tuberculose na perspectiva dos profissionais de duas unidades de saúde da cidade do Rio de Janeiro. Cad. Saúde Colet. 2012 fev; 20 (2): 203-210.
21. Cunha NV, Cavalcanti MLT , Costa AJL. Diagnóstico situacional da descentralização do controle da tuberculose para a Estratégia Saúde da Família em Jardim Catarina – São Gonçalo (RJ), 2010. Cad. Saúde Colet. 2012 mar; 20 (2): 177-187.
22. Vitória AM. Avaliação da estrutura e dos processos na Atenção Primária à Saúde em Chapecó: um estudo de adequação [dissertação]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2012.
23. Rocha ACD, Sousa CPC, Queiroz D, Pedraza DF. Atenção básica à saúde: avaliação de estrutura e processo. RAS. 2012 jun; 14, (54): 71-79.
24. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? JAMA set. 1988; 260, (12): 1743-1748.

