

**ESCOLA DE GOVERNO DE SAÚDE PÚBLICA DE PERNAMBUCO – ESPPE
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA
COM ÊNFASE EM GESTÃO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE – PRMSC-
REDES/ESPPE**

MARIA DO SOCORRO CAVALCANTI DE GOES

**PROGRAMA DE CONTROLE DA HANSENÍASE MUNICÍPIO DO MUNICÍPIO
DE SERRA TALHADA - PE**

Serra Talhada/ PE

2018

MARIA DO SOCORRO CAVALCANTI DE GOES

PROGRAMA DE CONTROLE DA HANSENÍASE DO MUNICÍPIO DE SERRA
TALHADA- PE

Trabalho de Conclusão de Residência
apresentado à Escola de Governo de Saúde
Pública de Pernambuco – ESPPE para
obtenção do título de Sanitarista.

Orientadora: M.Sc Ana Claudia Araújo da
Silva

Serra Talhada/ PE

2018

PROGRAMA DE CONTROLE DA HANSENÍASE DO MUNICÍPIO DE SERRA
TALHADA- PE

Trabalho de Conclusão de Residência
apresentado à Escola de Governo de Saúde
Pública de Pernambuco – ESPPE para
obtenção do título de Sanitarista.

Aprovada em ___/___/___

Banca Examinadora

M.Sc Ana Cláudia Araújo da Silva (ORIENTADORA)

Secretaria Estadual de Saúde de PE

Maria Clara Acioly Lins de Lima

Secretaria Estadual de Saúde de PE

Jaqueline Ricardo Pessoa dos Santos

Secretaria Estadual de Saúde de PE

PROGRAMA DE CONTROLE DA HANSENÍASE DO MUNICÍPIO DE SERRA TALHADA- PE

MARIA DO SOCORRO CAVALCANTI DE GOES

Escola de Governo de Saúde Pública de Pernambuco, Residente, XI Gerência Região de Saúde de Pernambuco, Serra Talhada - PE, Brasil.

Orientadora: M.Sc Ana Claudia Araújo da Silva

RESUMO

Objetivo: Foi objetivo desse estudo descrever como se organiza o Programa de Controle da Hanseníase no município de Serra Talhada. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo e transversal, realizado no período de agosto a novembro de 2017, a partir de entrevistas dirigidas aos profissionais das 18 Unidades básicas de Saúde, ao coordenador municipal do Programa e a Referência Secundária. **Resultados:** 11,11% da composição das equipes de saúde estão incompletas, 33,3% dos profissionais das UBS relataram ter dificuldade na realização do diagnóstico da hanseníase. 100% dos entrevistados informaram realizar o acompanhamento de contatos e 88,8% realizam a busca ativa de sintomáticos dermatoneurológicos. Os fluxos de referência e contra referência na rede não são conhecido pela referência do programa. **Conclusão:** Constatou-se que o município possui estrutura física e recursos humanos e materiais para o desenvolvimento do PCH, no entanto, foram encontrados alguns entraves na execução das suas ações.

Palavras - chave: Hanseníase. Políticas de Saúde. Saúde Pública.

ABSTRACT

Objective: The purpose of this study was to describe how the Leprosy Control Program is organized in the municipality of Serra Talhada. **Methods:** This is a descriptive and cross-sectional study conducted from August to November 2017, based on interviews with professionals from the 18 Basic Health Units, the municipal coordinator of the Program and the secondary reference.) **Results:** 11 , 11% of the health teams are incomplete, 33.3% of the professionals at the BHU have reported difficulty in performing the diagnosis of

leprosy. 100% of the respondents reported performing contact follow-up and 88.8% performed the active search for dermatoneurologic symptomatic patients. Reference and reference flow in the network is not known by the program reference. **Conclusion:** It was found that the municipality has physical structure and human and material resources for the SHP, however, some obstacles were found in the execution of its actions.

Keywords: Leprosy. Health Policies. Public Health.

INTRODUÇÃO

A hanseníase, doença infecciosa crônica causada pela bactéria *Mycobacterium leprae*, afeta principalmente a pele e o sistema nervoso periférico, e ainda outros órgãos e sistemas. São preocupantes as incapacidades físicas ocasionadas por este agravo, bem como, a sua contagiosidade, problemas psicossociais e o longo período de tratamento a que ficam submetidas as pessoas acometidas por essa doença. Sua magnitude e alto poder incapacitante a mantém como problema de saúde pública ^{1,2,3}.

É uma doença endêmica em várias áreas no mundo, com predominância em países subdesenvolvidos. O Brasil está entre os 12 países que registraram 90% dos casos de hanseníase no mundo e é o maior responsável pela endemia no continente americano. Afeta principalmente as camadas mais pobres da população e apresenta endemicidade em todas as macrorregiões brasileiras, apresentando forte relação com os condicionantes e determinantes da saúde ^{2,4}.

O Brasil está em consonância com as recomendações da Estratégia Global para Hanseníase 2016-2020 da Organização Mundial da Saúde (OMS), que tem como principal objetivo reduzir a carga da doença. Essa estratégia está pautada em três pilares: fortalecimento do controle e da parceria governamental, o combate à hanseníase e suas complicações, e o enfrentamento da discriminação com promoção da inclusão social. Esses pilares incluem a detecção precoce de casos, o tratamento imediato com esquema de poliquimioterapia (PQT), o desenvolvimento de pesquisas básicas e o enfrentamento do estigma, promovendo a mobilização e sensibilização junto à comunidade ³.

Em 2016, segundo a OMS, 143 países reportaram 214.783 casos novos de hanseníase, representando uma taxa de detecção de 2,9 casos por 100 mil habitantes. No Brasil, no mesmo período, foram notificados 25.218 casos novos, perfazendo uma taxa de detecção de 12,2/100 mil hab. Esses parâmetros classificam o país como de alta carga para a doença, sendo o segundo com o maior número de casos novos registrados no mundo ³.

Casos da doença são diagnosticados em todo o país. As regiões Norte e Centro-Oeste são consideradas hiperendêmicas e a região Nordeste possui um parâmetro de endemicidade muito alto. Nessa perspectiva, o estado de Pernambuco está classificado como muito alto na detecção geral e em menores de 15 anos, ocupando o 5º e o 3º lugares

em coeficiente de detecção geral e em menores de 15 anos, respectivamente, dentre os estados brasileiros ^{5,6}.

O município de Serra Talhada, área da pesquisa, notificou no ano de 2016 23 casos da doença. Destes, 11 casos foram classificados como paucibacilares e 12 multibacilares. Em relação à avaliação do grau de incapacidade na cura, 10 casos foram classificados com grau zero, 3 não foram avaliados e 10 estavam com esse campo ignorado ⁷.

A atenção e cuidado à pessoa com hanseníase e as suas complicações e sequelas devem ser oferecidos em toda a rede do Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com a necessidade e especificidades de cada caso, primando pelos princípios da equidade e integralidade no atendimento. Dessa forma, as ações de controle devem estar implantadas e implementadas em todas as unidades de atenção primária do SUS ⁸.

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) englobam um sistema em que a Atenção Básica deve estar no centro, promovendo a centralidade nas necessidades da população e fazendo relações horizontais entre os pontos de atenção, sendo a responsável pela atenção contínua e integral e pelo cuidado multiprofissional ⁹.

Para garantir o atendimento integral e efetivo no SUS dão-se as linhas de cuidado, que delinham o fluxo e desenham o caminho que o usuário precisa percorrer para ter assistência nas necessidades específicas de saúde e, por isso, também é denominada como mapa do cuidado, que são planos de cuidado multidisciplinares destinados a apoiar e implementar as diretrizes clínicas e os protocolos ¹⁰.

Nesse contexto, foi objetivo desse estudo descrever como se organiza o Programa de Controle da Hanseníase no município de Serra Talhada. Nessa direção pode subsidiar o redimensionamento das ações e tomada de decisão dentro das estratégias do programa no município.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo e transversal, com abordagem quantitativa, realizado no período de agosto a novembro de 2017, a partir de entrevistas dirigidas, utilizando questionários semiestruturados, aos profissionais das 18 Unidades Básicas de Saúde (UBS), localizadas na zona urbana do município de Serra Talhada, ao coordenador municipal do programa e a referência secundária para o agravo.

O município do estudo é sede da XI Regional de Saúde de Pernambuco, localizado na Mesorregião do Sertão pernambucano, microrregião do Pajeú, distante 410 km da Capital do Estado e computa uma população de 79.232¹¹.

Inicialmente, foi feita revisão dos questionários para identificar a completude dos dados, visando à qualidade da informação. Para a compilação dos dados foi utilizada uma ferramenta do GOOGLE (Google forms), e os dados, posteriormente, analisados com a utilização do Software Microsoft Excel® versão 2007.

Após esta etapa, houve a apresentação dos resultados em tabelas e gráficos para subsidiar a descrição da organização do Programa de Controle da Hanseníase (PCH) em paralelo ao preconizado atualmente para o cuidado ao paciente com esse agravo.

Esse estudo foi um recorte de uma pesquisa macro (Rede de Cuidado das Doenças Transmitidas por Micobactérias Tuberculose e Hanseníase) cuja área são todos os 12 municípios sedes de Regional de Saúde de Pernambuco, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Agamenon Magalhães, obtendo o Parecer Consubstanciado N° 2.431.473. O estudo respeitou os preceitos éticos preconizados pela Resolução N° 466/12, suas complementares e Normativas em vigor do Conselho Nacional de Saúde¹².

Respeitaram-se os princípios bioéticos assim como o sigilo e anonimato dos voluntários. Os entrevistados leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes de responder a pesquisa.

RESULTADOS

Gestão do Programa de Controle da Hanseníase

O programa de controle da hanseníase (PCH) do município de Serra Talhada é desenvolvido em conjunto com o de tuberculose. É composto por dois profissionais, um de nível superior, o qual exerce a função de coordenador do programa, com formação em enfermagem e especialização para o cargo, e o outro de nível técnico, ambos com carga horária de 40h semanais.

Existe espaço físico, com computador, para o desenvolvimento das ações da gestão do programa, porém não dispõem de veículo para dar suporte as suas ações. Há um laboratório municipal que atende as demandas do programa e disponibiliza acesso aos pacientes para realizarem baciloscopia e biópsia. O Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) é tido como serviço de reabilitação física para os casos que necessitem.

Com relação aos impressos do PCH, estes são disponibilizados para as Unidades Básicas de Saúde (UBS) em quantidade suficiente para o atendimento dos usuários, exceto o formulário de investigação de caso suspeito de hanseníase, que, até o momento da pesquisa, não estava sendo disponibilizado.

O coordenador refere conhecer as normatizações técnicas existentes para o controle da hanseníase. Realiza reuniões integradas com outras áreas técnicas, monitora o planejamento das ações, pactua os indicadores junto aos profissionais das UBS, assim como disponibiliza os materiais educativos em relação ao agravo nas UBS para o fortalecimento das ações de educação em saúde.

Quando questionado sobre o conhecimento e divulgação sobre o cálculo da estimativa de casos novos de hanseníase e de pacientes sintomáticos dermatoneurológicos, a gestão afirmou conhecê-los e transmitir às equipes das UBS. No entanto, o KIT para o exame dermatoneurológico não é disponibilizado nas unidades.

No tocante aos dados do sistema de informação em saúde, são monitorados e analisados os indicadores epidemiológicos e operacionais (Cura, abandono, avaliação do grau de incapacidade no diagnóstico e na cura, coeficiente de detecção geral, coeficiente de detecção em < 15 anos e contatos examinados) e feito análise, quinzenalmente, de

completude, consistência e duplicidade das informações. No entanto, não é encaminhado para as unidades o boletim de acompanhamento de casos do Sinan.

O município possui referência secundária para o agravo e seu fluxo de encaminhamento é divulgado entre os profissionais de saúde. O coordenador refere conhecer o fluxo de encaminhamento para pacientes suspeitos de resistência medicamentosa dadas pela Norma Técnica n.º 22/16 SES/SEVS e o fluxo de envio de amostras para testagem de resistência medicamentosa em hanseníase. Entretanto, desconhece o quantitativo de pacientes que necessitam de prótese e/ou órteses ou adaptações de calçados, bem como, quais os tipos de cirurgias de reabilitação reparadora que os pacientes necessitam. São realizadas visitas de monitoramento/assessoramento às unidades de saúde, assim como reuniões trimestrais para a discussão de indicadores com as equipes das UBS.

Em relação à educação permanente, a gestão afirmou ter participado de curso sobre diagnóstico, vigilância epidemiológica e gestão da hanseníase, tendo contribuído para a mudança de conduta com relação à condução do programa no município.

Unidades Básicas de Saúde (UBS)

Foram estudadas as dezoito unidades básicas pertencentes à área urbana do município. Em todas as unidades, o profissional responsável pelo cuidado aos pacientes com hanseníase são enfermeiros. Dentre as unidades avaliadas, 17 (99,4%) atendem pacientes de área descoberta e 2 unidades (11,1%) estão com equipes de saúde incompletas.

Quanto à cobertura dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) nas UBS, têm-se uma porcentagem de 38,8% de área descoberta.

Quando questionados sobre a adequação das condições do local de trabalho para o atendimento aos pacientes, foram constatados os resultados apresentados na tabela 1.

Tabela 1 – Percentual de adequação das Unidades Básicas de Saúde para o atendimento ao paciente com hanseníase, segundo profissionais responsáveis pelo PCH. Serra Talhada/PE, 2017

Adequação da estrutura física das UBS	% SIM	% NÃO
Nº de consultórios	94,4	5,5
Tamanho de consultórios	77,7	22,2
Iluminação	100	0
Ventilação	94,4	5,5
Espaço/reunião	94,4	5,5
Espaço/reuniões comunidade	72,2	27,8
Privacidade	94,4	5,5

Fonte: Elaboração própria. Dados coletados em 2017.

Em relação à disponibilidade dos impressos do PCH, presentes na tabela 2, pode-se evidenciar uma situação confortável dentre as unidades, porém ressalta-se a falta do formulário de investigação de caso suspeito de hanseníase em 14 Unidades (77,7%). Este impresso subsidia a busca ativa realizada pelo ACS.

Tabela 2 - Percentual de disponibilização dos impressos do Programa de Controle da Hanseníase (PCH) nas Unidades Básicas de Saúde. Serra Talhada/PE, 2017

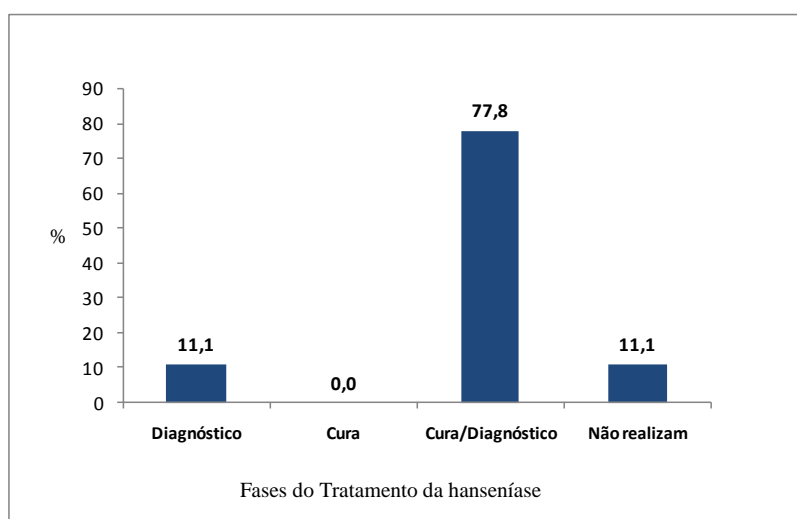
Impressos do PCH	%
Total	100,0
Ficha de notificação	100,0
Livro de registro de pacientes e controle de tratamento dos casos de hanseníase	100,0
Ficha de investigação diagnóstica de casos de hanseníase em menores de 15 anos-$pcid > 15$	83,3
Ficha de investigação de suspeita de hanseníase	94,4
Ficha de vigilância de contatos	77,7
Formulário para avaliação do grau de incapacidade	83,3
Formulário para avaliação neurológica simplificada	77,7
Formulário de investigação de caso suspeito de hanseníase (ACS)	22,2
Ficha de encaminhamento para referência secundária	94,4

Fonte: Elaboração própria. Dados coletados em 2017.

É importante frisar que o formulário de investigação de caso suspeito de hanseníase (ACS) é um dos impressos mais recentes, inserido na rotina do programa em 2017. Fato que não minimiza o compromisso em relação à busca ativa dos casos de hanseníase que é uma das principais estratégias do PCH ao possibilitar o diagnóstico oportuno e evitar as incapacidades ocasionadas pelo diagnóstico tardio.

Em relação ao diagnóstico e acompanhamento dos casos, diante de um caso suspeito de hanseníase, 11,1% dos profissionais afirmaram não realizar nenhum exame clínico para diagnóstico do agravo, em contrapartida 33,3% relataram ter dificuldade na sua realização e 16,6% não sabem que o tratamento supervisionado é prescrito em todos os casos de hanseníase. No gráfico 1 pode-se observar a distribuição dos profissionais das UBS que fazem a avaliação do grau de incapacidade nos diferentes momentos do tratamento do paciente, ação que fortalece a assistência adequada ao usuário.

Gráfico 1 – Distribuição da realização da avaliação do grau de incapacidade da hanseníase, segundo fases do tratamento. Serra Talhada/PE, 2017



Fonte: Elaboração própria. Dados coletados em 2017.

100% dos entrevistados informaram realizar a investigação de contatos e 88,8% realizam a busca ativa de sintomáticos dermatoneurológicos, entretanto, metade dos entrevistados não sabe calcular a estimativa de sintomáticos dermatoneurológicos da sua área de abrangência. Em relação à disponibilidade de consultas com a referência secundária, 88,8% dos profissionais julgam suficientes para atender as demandas do agravo.

94,4% dos profissionais afirmaram possuir nas UBS as normatizações técnicas quanto ao diagnóstico e a assistência dos casos de hanseníase. Desses, 61,1% consultam algumas vezes esses materiais, 11,11% consultam frequentemente e 22,2% possuem o material, mas nunca os leram. Quanto ao assessoramento técnico, 72,2% dos profissionais afirmaram o receber por parte do coordenador do programa. No tocante a mobilização da comunidade, os profissionais das UBS, em sua totalidade, afirmaram realizar atividades educativas e distribuir materiais sobre hanseníase abordando temáticas relativas à prevenção e controle do agravo com usuários do serviço e comunidade, como disposto na tabela 3.

Tabela 3 - Distribuição dos profissionais das UBS, segundo educação em saúde e trabalhos interdisciplinares. Serra Talhada/PE, 2017

Educação em saúde e mobilização da comunidade	%
Realização atividades educativas	100,0
Distribuição de materiais educativos	100,0
Realização de estratégias inovadoras	5,5
Conhecimento sobre o Programa Municipal Saúde na Escola	100,0
Participação na campanha de geo-helminthiases e hanseníase	61,1

Fonte: Elaboração própria. Dados coletados em 2017.

Referência Secundária para Hanseníase

O responsável pela referência secundária municipal do PCH possui pós-graduação, em nível de especialização, em dermatologia e saúde pública. Consta 45 anos desde a sua formação em medicina. Refere não ter participado de curso, nos últimos dois anos, sobre diagnóstico, vigilância epidemiológica ou gestão da hanseníase.

O atendimento na unidade ocorre por meio de marcação de consulta, não existindo o serviço de atendimento para reabilitação. Quando questionado sobre o número de consultas disponibilizadas, foi avaliado como insuficiente para atender a necessidade do usuário com hanseníase. Nesse serviço são solicitados exames complementares (pesquisa da linfa e histopatológico) para confirmação do diagnóstico do agravo.

No tocante as normatizações técnicas que definem as atribuições para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública e o guia de vigilância epidemiológica, o profissional afirmou conhecê-los, contudo, não soube informar se os impressos do PCH são disponibilizados e em número suficiente para atender as demandas epidemiológicas da hanseníase.

Em relação à estrutura física da unidade, foi avaliado como adequado o espaço para atender as necessidades do usuário em relação ao número de consultórios, tamanho, ventilação das salas e a privacidade do ambiente. Já o espaço para o desenvolvimento das ações de educação em saúde com a comunidade, e o espaço para reuniões entre a equipe, foram avaliados como inadequados. Não há ações educativas abordando temas relativos à prevenção e controle da hanseníase com usuários na unidade e nem distribuição de materiais de educação em saúde referentes ao agravo. Pode-se verificar na tabela 4 a distribuição dos medicamentos e insumos para o atendimento do paciente com hanseníase disponíveis na unidade.

Tabela 4 – Distribuição dos medicamentos e insumos no serviço de Referência Secundária para a o atendimento da hanseníase. Serra Talhada/PE, 2017

Medicamentos e insumos	Sempre	Não	Sem Informação
(PQT) esquema paucibacilar (PB)	X		
(PQT) esquema multibacilar (MB)	X		
Esquema alternativo - rom (rifampicina, ofloxacina e Corticosteróides (prednisona)			X
Talidomida			X
Vacina BCG	X		
Maleta com kit contendo materiais para auxiliar na realização do exame dermatoneurológico e avaliação de grau de incapacidade (lupa, estensiómetro, tubos de ensaio, régua, pá oclusiva, lanterna, lápis hidrocor, fio dental sem sabor, algodão, agulha, tabela ou escala de snellen ou optométrica)		X	
Insumos para prevenção de incapacidade		X	

Fonte: Elaboração própria. Dados coletados em 2017.

Quando questionado sobre receber assessoramento técnico por parte coordenador do programa, foi dito que isso não ocorre, assim como também não acontecem discussões sobre os indicadores operacionais do Programa de Controle da Hanseníase. O profissional afirmou ainda não realizar a avaliação do grau de incapacidade do paciente no diagnóstico e nem na alta por cura.

Em relação ao fluxo de acompanhamento de casos de hanseníase e o fluxo de encaminhamento para a referência e contra referência para as unidades primárias e terciárias, o profissional afirmou não ter conhecimento. A busca ativa de faltosos, o exame de contatos e a notificação dos casos são delegados para outro profissional da unidade.

DISCUSSÃO

O presente estudo possibilitou identificar uma série de fragilidades e potencialidades do PCH de Serra Talhada. É salutar dizer que, no ano da pesquisa foi oferecido uma capacitação aos profissionais de toda a rede sobre diagnóstico e tratamento da hanseníase. O PCH possui um coordenador, mas o seu tempo de trabalho é dividido com outros programas, pelos quais, também é responsável no município. Quando são confrontadas as respostas sobre o assessoramento técnico e discussão de indicadores da hanseníase pelo coordenador com as respostas do profissional da UBS e a referência secundária, são encontradas disparidades de informações, sendo apontado pelo profissional da referência o desconhecimento em relação ao fluxo de encaminhamento para as unidades primárias e terciárias. Corroborando com esses dados, ressalta-se a importância do conhecimento da rede pelos profissionais em todos os níveis da atenção ^{10,13}.

O programa apresenta um deficit quanto aos dados tanto sobre os insumos quanto sobre exames realizados na UBS pela equipe de saúde, sendo considerado uma fragilidade. As UBS, em sua maioria (88,80%), não possuem a maleta com o kit para a realização do exame dermatoneurológico, ficando o profissional da unidade aquém de improvisos. Situação oposta é vista na pesquisa em nível distrital no município de Recife, onde a presença da maleta com o kit obteve o número máximo estimado ¹².

Muitos dos profissionais do município do estudo relatam não saber ou ter dificuldade na realização do diagnóstico da hanseníase, situação também encontrada no trabalho de Oliveira ¹³, que em seu estudo encontrou que a maioria dos portadores desse agravo teve dificuldade em ter seu diagnóstico fechado pelos profissionais da Atenção Básica. O reforço nas ações para detecção precoce e qualificação da assistência aos casos diagnosticados, concorre para alcançar a meta de eliminação da hanseníase que é de detecção de um caso para cada 10.00 habitantes ^{10 14}.

No município, a avaliação e diagnóstico da doença só ocorrem na referência secundária, e esta não realiza avaliação do Grau de Incapacidades (GI) em nenhum momento do tratamento. Informação que está dissonante com o preconizado nas diretrizes nacionais para o tratamento da hanseníase. Nelas, ressalta-se a importância de avaliar a

integridade da função neural e o grau de incapacidade física no momento do diagnóstico, na ocorrência de estados reacionais e na alta por cura, sendo reiterado que todos os doentes devem ter o grau de incapacidade física avaliado, no mínimo, no diagnóstico e no momento da alta por cura ⁹.

Com uma quantidade substancial de encaminhamentos para a referência secundária, o paciente passa mais tempo sem o seu diagnóstico e sem realizar o tratamento oportuno, fato que converge para uma fragilidade na prevenção de incapacidades físicas ⁹.

A execução insuficiente do programa dificulta a resolutividade das ações de prevenção de incapacidades ocasionadas pelo diagnóstico tardio e desqualifica a assistência ao paciente em sua particularidade, bem como, quanto a racionalização e otimização dos recursos, para encaminhamentos direcionados e exames clínicos realizados dentro da Rede de Atenção à Saúde ^{12, 13}.

A fim de evitar o excesso de encaminhamentos de casos para serem diagnosticados na referência, é imprescindível aos gestores municipais investir em capacitações e confecção de fluxogramas de atendimento para os profissionais de saúde, em especial aos profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) ¹³.

Por 77,7% das UBS não solicitarem exames clínicos para o acompanhamento do usuário com hanseníase, ficando a cargo da referência secundária, torna-se mais um ponto de sobrecarga para o serviço. A referência secundária deve atuar como apoio ao tratamento e não como condutor da assistência. O cuidado deve ser executado em toda a rede de atenção primária à saúde, auxiliado pelo suporte da atenção secundária e terciária, para reduzir os níveis endêmicos da doença e garantir a qualidade da assistência em todo país ¹³.

Os profissionais das UBS, em sua totalidade, realizam atividades educativas sobre a hanseníase, aspecto que concorre para conscientização das pessoas acerca do tratamento e cura da doença, como também, para atenuar o estigma em relação ao agravo, sendo essa uma das ações descritas para a redução da carga de hanseníase no Brasil ¹¹.

Apesar dos achados indicarem a disponibilidade dos impressos do programa nas UBS para uso do profissional, a fragilidade se encontra em seu preenchimento, como preconizados pelo Ministério da Saúde, sendo indispensáveis para que se desenvolvam plenamente as ações epidemiológicas, que segundo as Diretrizes para vigilância, atenção e

eliminação da Hanseníase, compreende a coleta, o processamento, a análise e a interpretação dos dados referentes aos casos de hanseníase e seus contatos ^{7,11}.

Este fato ratifica a importância do envio e preenchimento do boletim de acompanhamento dos casos em tratamento, o que não ocorre em 22,2% das UBS. O acompanhamento dos casos deve ser mensal e o órgão municipal responsável pela emissão do Boletim de Acompanhamento deve enviá-lo às unidades de saúde para preenchimento e devolução no final de cada mês ⁹.

Nas regiões de saúde é salutar a estruturação dos serviços, equipamentos e densidades tecnológicas de maneira a favorecer a resolubilidade dos problemas e agravos à saúde em seus diferentes níveis de complexidade nos territórios. Nessa direção, a portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 traz os direcionamentos para organizar estes serviços em forma de redes nas regiões de saúde considerando as leis do SUS ¹⁴.

Os serviços descentralizados viabilizam a continuidade do cuidado e a resolutividade aos diversos problemas e agravos de saúde. É uma forma de organização do SUS que garante o atendimento integral, minimiza os transtornos e dificuldades que as pessoas que vivem mais afastadas das capitais e dos grandes centros urbanos sofrem para ter o atendimento à saúde nos diferentes níveis de complexidade. ¹⁴

Para além da insuficiência dos recursos, a fragilidade que há na Rede de Atenção à Saúde – RAS para as ações do PCH mostra a necessidade de fortalecer a coordenação do programa, já que este é o responsável por operacionalizar e organizar os serviços dentro da rede para o cumprimento das metas e objetivos do PCH em vista a qualificação da saúde a nível municipal.

O PCH é uma importante estratégia para eliminação, prevenção e promoção da saúde relacionado ao agravo, no entanto, a sua execução encontra barreiras operacionais significativas em nível municipal, onde deveria ocorrer de fato o desenvolvimento das ações do programa. A operacionalização da Rede de Atenção a Saúde se não gerida com responsabilidade sanitária, fragiliza as ações dos programas e repercute na manutenção do quadro epidemiológico da hanseníase. ^{14,16}

A organização do Programa, otimização dos recursos e a cogestão, são, nesse cenário, importantes estratégias para superar os entraves encontrados, junto à contínua educação em Saúde para profissionais e usuários. O efetivo envolvimento da gestão nas supervisões das ações de controle e discussão de indicadores é uma importante ferramenta para o monitoramento da execução das atividades inerentes ao programa, e para o sucesso das suas atividades epidemiológicas. A realização da supervisão sistemática aos serviços de saúde favorece a identificação das necessidades e fragilidades do serviço, possibilita a troca de experiências e conhecimentos e assegura o acompanhamento das ações e avaliação do programa no âmbito municipal ^{10, 16}.

Para as lacunas vistas na pesquisa vale o reforço no que diz respeito ao desenho do fluxo da rede laboratorial e assistencial; melhorar o abastecimento das unidades com as medicações do programa, através da descentralização do programa; e melhorar a busca ativa de sintomáticos dermatológicos pelas equipes de saúde da família, para atingir a prevenção e diagnóstico precoce da hanseníase ^{10, 13}.

REFERÊNCIAS

1. Silva, MCD. Paz, EPA. Educação em saúde no programa de controle da hanseníase: a vivência da equipe multiprofissional. *Esc Anna Nery RevEnferm* 2010 abr-mar; 14 (2): 223-229. Acesso em:
2. Arantes, C. Garcia, MLR. Filipi, MS. Nardi, SMT. Paschoal, VDA. Avaliação dos serviços de saúde em relação ao diagnóstico precoce da hanseníase. *Epidemiol. Serv. Saúde*. Brasília, 2010.
3. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. *Boletim Epidemiológico. Hanseníase*. Volume 49Nº 4 – 2018.
4. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. *Guia prático sobre a hanseníase*. Brasília. 2017.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde do Brasil. *Boletim Epidemiológico nº 11*. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
6. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. *Programa Estadual de Controle da Hanseníase. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)*, 2016b.
7. Sinan, Sistema de Informação de Agravos de Notificação. *Dados epidemiológicos de 2016/2107*. Acesso em 15/12/2017. Disponível em <<<http://portalsinan.saude.gov.br/>>>
8. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Sub-Secretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde Superintendência de Atenção Primária Coordenação de Linhas de Cuidado e Programas Especiais. *Linha de Cuidado da Hanseníase*. Rio de Janeiro, 2010.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS / Ministério da Saúde*. Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.160 p. il.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria. *Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública: manual técnico-operacional*. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
11. IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *CENSO,2010. CIDADES*. Acesso em: 19/12/2017 Disponível em: <<<https://www.ibge.gov.br/nossos-sites.html>>>
12. Leal, DR. Cazarin, G. Bezerra, LCA. Albuquerque, AC de. Felisberto, E. Programa de Controle da Hanseníase: uma avaliação da implantação no nível distrital. *SAÚDE DEBATE* | Rio de Janeiro, V. 41, n. especial, p. 209-228, mar 2017.
13. Peres, AS. Aquino, AFV de. Mira, Bruna Correa de. Rocha, Hellen de Paula Silva. Cruz, Karine de Paula Martins da. Et al. Monitoramento do Programa de Controle da Hanseníase em uma unidade de saúde. *Artigo original, Interdisciplinary Journal of Health Education*. 2016.
14. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Acesso em 06/01/2018 disponível em:<http://saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=13242-portaria-n-4-279-de-30-de-dezembro-de-2010>

15. Eidt, LM. Breve história da hanseníase: sua expansão do mundo para as Américas, o Brasil e o Rio Grande do Sul e sua trajetória na saúde pública brasileira
Trajectory in the Brazilian Public Health. *Saúde e Sociedade* v.13, n.2, p.76-88, 2004.
16. Sampaio, PP. Barbosa, JC. Alencar, MJF. Heukelbach, JHD. Magalhães, MC. Et al. Programa de Controle da Hanseníase no Brasil: avaliação por profissionais de saúde. *Cad. Saú de Cole t., Rio de Janeiro*, 17 (1): 273 - 287, 2009.
17. Oliveira MHP, Romanelli G. Os efeitos da hanseníase em homens e mulheres: um estudo de gênero. *Cadernos de Saúde Pública* 2008;14:51-60.

Contribuição dos Autores

Maria do Socorro Cavalcanti de Goes participou da coleta de dados, Análise e redação do artigo.

Ana Claudia Araújo da Silva orientou o desenvolvimento do projeto da pesquisa, assim como contribuiu significativamente, na redação do artigo.

Os autores aprovaram a versão final do manuscrito e assumem a responsabilidade por todos os aspectos do trabalho, incluindo a garantia de sua precisão e integridade.

ANEXOS

NORMAS DE PUBLICAÇÃO REVISTA EPIDEMIOLOGIA E SERVIÇOS DE SAÚDE

Formato dos manuscritos

Serão acolhidos manuscritos redigidos em língua portuguesa. O trabalho deverá ser digitado em espaço duplo, utilizando fonte Times New Roman 12, no formato RTF (RichTextFormat) ou DOC (Documento do Word), em folha de tamanho A4, com margens de 3cm. Não são aceitas notas de rodapé. Cada manuscrito, obrigatoriamente, deverá conter:

Folha de rosto

- a) modalidade do manuscrito;
- b) título do manuscrito, em português, inglês e espanhol;
- c) título resumido em português, para referência no cabeçalho das páginas;
- d) nome, instituição de afiliação, unidade ou departamento (até três níveis, com somente uma instituição por autor), cidade, estado, país, ORCID iD e *e-mail* de cada um dos autores;
- e) nome do autor correspondente, endereço completo, *e-mail* e telefone;
- f) paginação e número máximo de palavras nos resumos e no texto;
- g) informação sobre trabalho acadêmico (trabalho de conclusão de curso, monografia, dissertação ou tese) que originou o manuscrito, nomeando o autor, tipo e título do trabalho ano de defesa e instituição, se pertinente; e
- h) créditos a órgãos financiadores da pesquisa, incluindo número do processo), se pertinente.

Resumo

Deverá ser redigido em parágrafo único, contendo até 150 palavras, estruturado com as seguintes seções: Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusão. Para a modalidade relato de experiência, o resumo deverá ser redigido em parágrafo único, contendo até 150 palavras, não necessariamente em formato estruturado.

Palavras-chave

Deverão ser selecionadas quatro a seis, impreterivelmente a partir da lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), vocabulário estruturado pelo Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, também conhecido pelo nome original de Biblioteca Regional de Medicina (BIREME). Os DeCS foram criados para padronizar uma linguagem única de indexação e recuperação de documentos científicos (disponíveis em: <http://decs.bvs.br>).

Abstract

Versão fidedigna do Resumo, redigida em inglês, contendo as seguintes seções: *Objective, Methods, Results e Conclusion*.

Keywords

Versão em inglês das mesmas palavras-chave selecionadas a partir dos DeCS.

Resumen

Versão em espanhol do Resumo, contendo as seguintes seções: *Objetivos, Métodos, Resultados e Conclusión*.

Palabras-clave

Versão em espanhol das mesmas palavras-chave selecionadas a partir dos DeCS.

Texto completo O texto de manuscritos nas modalidades de artigo original e nota de pesquisa deverão apresentar, impreterivelmente, as seguintes seções, nesta ordem: Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, Contribuição dos Autores e Referências. Tabelas e figuras deverão ser referidas nos Resultados e apresentadas ao final do artigo, quando possível, ou em arquivo separado (em formato editável).

Definições e conteúdos das seções:

Introdução – deverá apresentar o problema gerador da questão de pesquisa, a justificativa e o objetivo do estudo, nesta ordem.

Métodos – deverá conter a descrição do desenho do estudo, da população estudada, dos métodos empregados, incluindo, quando pertinente, o cálculo do tamanho da amostra, a amostragem, os procedimentos de coleta dos dados, as variáveis estudadas com suas respectivas categorias, os procedimentos de processamento e análise dos dados; quando se tratar de estudo envolvendo seres humanos ou animais, devem estar contempladas as considerações éticas pertinentes (ver seção Ética na pesquisa envolvendo seres humanos).

Resultados – síntese dos resultados encontrados: é desejável incluir tabelas e figuras autoexplicativas (ver o item Tabelas e figuras destas Instruções).

Discussão – comentários sobre os resultados, suas implicações e limitações; confrontação do estudo com outras publicações e literatura científica de relevância para o tema. O último parágrafo da seção deverá conter as conclusões e implicações dos resultados para os serviços ou políticas de saúde.

Agradecimentos – vêm após a discussão; devem ser nominais e limitar-se ao mínimo indispensável.

Contribuição dos autores – parágrafo descritivo da contribuição específica de cada um dos autores.

Referências – para a citação das referências no texto, deve-se utilizar o sistema numérico; os números devem ser grafados em sobrescrito, sem parênteses, imediatamente após a passagem do texto em que é feita a citação, separados entre si por vírgulas; em caso de números sequenciais de referências, separá-los por um hífen, enumerando apenas a primeira e a última referência do intervalo sequencial de citação (exemplo: 7,10-16. As referências deverão ser listadas segundo a ordem de citação no texto, após a seção Contribuição dos autores. Em cada referência, deve-se listar até os seis primeiros autores, seguidos da expressão “et al.” para os demais; os títulos de periódicos deverão ser grafados de forma abreviada; títulos de livros e nomes de editoras deverão constar por extenso; as citações são limitadas a 30; para artigos de revisão sistemática e metanálise, não há limite de citações, e o manuscrito fica condicionado ao limite de palavras definidas nestas Instruções; o formato das Referências deverá seguir os *Recomendações para elaboração*,

redação, edição e publicação de trabalhos acadêmicos em periódicos médicos, do ICMJE (disponíveis em: <http://www.icmje.org/>), com adaptações definidas pelos editores, conforme os exemplos a seguir:

Artigos de periódicos

1. Damacena GN, Szwarcwald CL, Malta, DC, Souza Júnior PRB, Vieira MLFP, Pereira CA, et al. O processo de desenvolvimento da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil, 2013. *EpidemiolServSaude*. 2015 abr-jun; 24(2):197-206. - Volume com suplemento
2. Schmidt MI, Duncan BB, Hoffmann JF, Moura L, Malta DC, Carvalho RM. Prevalence of diabetes and hypertension based on self-reported morbidity survey, Brazil, 2006. *RevSaude Publica*. 2009 Nov;43 Suppl 2:74-82. - Número com suplemento
3. Malta DC, Leal MC, Costa MFL, Moraes Neto OL. Inquéritos nacionais de saúde: experiência acumulada e proposta para o inquérito de saúde brasileiro. *RevBrasEpidemiol*. 2008 mai 11(2 Supl 1):159-67. - Em fase de impressão
4. Freitas LRS, Garcia LP. Evolução da prevalência do diabetes e diabetes associado à hipertensão arterial no Brasil: análise das pesquisas nacionais por amostra de domicílios, 1998, 2003 e 2008. *EpidemiolServSaude*. No prelo 2012.

Livros

5. Pereira MG. *Artigos científicos: como redigir, publicar e avaliar*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. - Autoria institucional
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Guia de vigilância epidemiológica*. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
7. Secretaria de Estado de Planejamento e Coordenação Geral (Mato Grosso). *Informativo populacional e econômico de Mato Grosso: 2008*. Cuiabá: Secretaria de Estado de Planejamento e Coordenação Geral; 2008. - Capítulos de livros
Quando o autor do capítulo não é o mesmo do livro:

8. Hill AVS. Genetics and infection. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R. Principles and practice of infectious diseases. 7th ed. Philadelphia: Elsevier; 2010. p. 49-57.

Quando o autor do livro é o mesmo do capítulo:

9. Löwy I. Vírus, mosquitos e modernidade: a febre amarela no Brasil entre ciência e política. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. Capítulo 5, Estilos de controle: mosquitos, vírus e humanos; p. 249-315.

Anais de congresso

- Publicados em livros

10. Samad SA, Silva EMK. Perdas de vacinas: razões e prevalência em quatro unidades federadas do Brasil. In: Anais da 11ª Expoepi: Mostra Nacional de Experiências Bem-Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças; 2011 31 out - 3 nov; Brasília, Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. p. 142. - Publicados em periódicos

11. Oliveira DMC, Montoni V. Situação epidemiológica da leishmaniose visceral no Estado de Alagoas – 2002. In: 19ª Reunião Anual de Pesquisa Aplicada em Doença de Chagas; 7ª Reunião Anual de Pesquisa Aplicada em Leishmanioses. 2003 out 24-26; Uberaba. Porto Alegre: Sociedade Brasileira de Medicina Tropical; 2003. p. 21-2. (Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, vol. 36, supl. 2).

Portarias e leis

12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 116, de 11 de fevereiro de 2009. Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde sob gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2009 fev 12; Seção 1:37.

13. Brasil. Casa Civil. Lei nº 9.431, de 6 de janeiro de 1997. Decreta a obrigatoriedade do Programa de Controle de Infecção Hospitalar em todos os hospitais brasileiros. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 1997 jan 7; Seção 1:165.

Documentos eletrônicos

14. Rede Interagencial de Informação para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações [Internet]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2008 [citado 2012 fev 5]. 349 p. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>

15. Malta DC, Moraes Neto OL, Silva Junior JB. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. *Epidemiol Serv Saude* [Internet]. 2011 dez [citado 2012 fev 6]; 20(4):93-107. Disponível em: <<<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v20n4/v20n4a02.pdf>>>

Teses e dissertações

16. Waldman EA. Vigilância epidemiológica como prática de saúde pública [tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 1991.

17. Daufenbach LZ. Morbidade hospitalar por causas relacionadas à influenza em idosos no Brasil, 1992 a 2006: situação atual, tendências e impacto da vacinação [dissertação]. Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia; 2008.

No caso de ter sido usado algum *software* para gerenciamento das referências (por exemplo, Zotero, Endnote, Reference Manager ou outro), as referências deverão ser convertidas para o texto. A exatidão das referências constantes na listagem e a correta citação no texto são de exclusiva responsabilidade dos autores.

Tabelas e figuras

Artigos originais e de revisão deverão conter até cinco tabelas e/ou figuras, no total. Para notas de pesquisa, o limite é de três tabelas e/ou figuras; e para relatos de experiência, quatro tabelas e/ou figuras.

As figuras e as tabelas devem ser colocadas ao final do manuscrito (quando possível) ou em arquivos separados, por ordem de citação no texto, sempre em formato editável. Os títulos das tabelas e das figuras devem ser concisos e evitar o uso de abreviaturas ou siglas; estas,

quando indispensáveis, deverão ser descritas por extenso em legendas ao pé da própria tabela ou figura. Tabelas e figuras devem ser elaboradas em branco e preto ou escala de cinza.

Uso de siglas

Recomenda-se evitar o uso de siglas ou acrônimos não usuais. Siglas ou acrônimos só devem ser empregados quando forem consagrados na literatura, prezando-se pela clareza do manuscrito. Exemplos de siglas consagradas: ONU, HIV, aids.

Siglas ou acrônimos de até três letras devem ser escritos com letras maiúsculas (exemplos: DOU; USP; OIT). Na primeira citação no texto, os acrônimos desconhecidos devem ser escritos por extenso, acompanhados da sigla entre parênteses. Siglas e abreviaturas compostas apenas por consoantes devem ser escritas em letras maiúsculas. Siglas com quatro letras ou mais devem ser escritas em maiúsculas se cada uma delas for pronunciada separadamente (exemplos: BNDES; INSS; IBGE). Siglas com quatro letras ou mais e que formarem uma palavra (siglema), ou seja, que incluam vogais e consoantes, devem ser escritas apenas com a inicial maiúscula (exemplos: Funasa; Datasus; Sinan). Siglas que incluam letras maiúsculas e minúsculas originalmente devem ser escritas como foram criadas (exemplos: CNPq; UnB). Para as siglas estrangeiras, recomenda-se a correspondente tradução em português, se universalmente aceita; ou seu uso na forma original, se não houver correspondência em português, ainda que o nome por extenso – em português – não corresponda à sigla (exemplo: Unesco = Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura). Algumas siglas, popularizadas pelos meios de comunicação, assumiram um sentido nominal: é o caso de AIDS (em inglês), a síndrome da imunodeficiência adquirida. Quanto a esta sigla, a Comissão Nacional de Aids do Ministério da Saúde (que se faz representar pela sigla CNAIDS) decidiu recomendar que todos os documentos e publicações do ministério nomeiem por sua forma original em inglês – aids – , em letras minúsculas (Brasil. Fundação Nacional de Saúde. *Manual de editoração e produção visual da Fundação Nacional de Saúde*. Brasília: Funasa, 2004. 272p.

FORMULÁRIOS UTILIZADOS NA PESQUISA

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Pesquisa: Rede de Cuidado das Doenças Transmitidas por Micobactérias Tuberculose e Hanseníase no Estado de Pernambuco

INSTRUMENTO 2 – PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO DOS PACIENTES COM HANSENÍASE NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

DATA: ____/____/____

Município : _____

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE

Nome:

Endereço:

Bairro:

N.º de famílias cadastradas:

N.º de pessoas cadastradas:

IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO

Idade: _____ Sexo: () F () M

Formação: _____ Tempo de formado (em anos): _____

Pós-graduação: () sim () não

() especialização () residência () mestrado () doutorado. Ano de conclusão do maior título: _____

Tempo de atuação na unidade: _____

Carga horária: () 20 horas () 30 horas () 40 horas

ESTRUTURA

Recursos Humanos

1. A equipe de Saúde está completa? 1. () Sim 2. () Não
2. Número de Agentes Comunitários de Saúde que atuam na Unidade (ACS) _____
3. Existe microárea descoberta de ACS? 1. () Sim 2. () Não
4. Atende pacientes de área descoberta pela unidade? 1. () Sim 2. () Não

ESTRUTURA

Espaço Físico

1. Em sua opinião, as condições do local de trabalho são adequadas para atendimento aos pacientes, considerando os seguintes aspectos (marque sim ou não nas colunas):

	SIM	NÃO
1.1 Número de consultórios		
1.2 Tamanho de consultórios		
1.3 Iluminação		
1.4 Ventilação		
1.5 Espaço para reunião da equipe		
1.6 Espaços para reuniões educativas com a comunidade		
1.7 Privacidade		

Observação:

ESTRUTURA

Impressos

2. Os seguintes impressos estão disponíveis em quantidade suficiente para o atendimento dos casos de hanseníase?

<i>Impressos</i>	<i>Sempre</i>	<i>Algumas vezes</i>	<i>Não</i>	<i>Não sabe</i>
1. Ficha de Notificação				
2. Livro de Registro de Pacientes e Controle de Tratamento dos Casos de Hanseníase				
3. Ficha de investigação diagnóstica de casos de hanseníase em menores de 15 anos - PCID<15				
4. Ficha de investigação de suspeita de recidiva de hanseníase				
5. Boletim de acompanhamento de casos de hanseníase				
6. Ficha de Vigilância de Contatos				
7. Formulário para avaliação do grau de incapacidade				
8. Formulário para avaliação neurológica simplificada				
9. Formulário de investigação de caso suspeito de hanseníase (ACS)*				
10. Ficha de encaminhamento para referência secundária				

*Apresentar

ESTRUTURA

Normatização

3. Existe normatização técnica (Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública, guia de vigilância epidemiológica) quanto ao diagnóstico e assistência dos casos de hanseníase presente no consultório para consulta?
1. () Sim 2. () Não
- Se sim, quais?
1. () Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública 2. () Guia de vigilância epidemiológica
4. Se sim, com que frequência você consulta?
1. () Frequentemente 2. () Algumas vezes 3. () Nunca

ESTRUTURA

Medicamentos e Insumos

5. Os seguintes medicamentos e insumos estão disponíveis para o atendimento dos pacientes de hanseníase nesta Unidade?

<i>Medicamentos e Insumos</i>	<i>Sempre</i>	<i>Algumas vezes</i>	<i>Não</i>	<i>Não sabe</i>
1. (PQT) esquema Paucibacilar (PB)				
2. (PQT) esquema Multibacilar (MB)				
3. Esquema alternativo - ROM (Rifampicina, Ofloxacina e Minociclina)				
4. Corticosteróides (Prednisona)				
5. Talidomida				
6. Vacina BCG				
7. Maleta com Kit contendo materiais para auxiliar na realização do exame dermatoneurológico e avaliação de Grau de Incapacidade (lupa, estensiómetro, tubos de ensaio, régua, pá oclusiva,				

lanterna, lápis hidrocor, fio dental sem sabor, algodão, agulha, tabela ou escala de Snellen ou optométrica)				
8. Insumos para prevenção de incapacidade				

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Assessoramento técnico

6. Recebe a visita de monitoramento do coordenador do município?
1. () Sim 2. () Não Obs.: _____
7. Participa de reuniões de discussão de indicadores epidemiológicos e operacionais da hanseníase?
1. () Sim 2. () Não 3. () Não sabe
8. Recebe o boletim de acompanhamento do SINAN?
1. () Sim 2. () Não
9. Se sim, qual a periodicidade?
1. () Mensal 2. () Trimestral 3. () Semestral 4. () Anual 5. () outros _____

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Assessoramento técnico

Diagnóstico e Acompanhamento

10. A unidade atende casos de hanseníase?
1. () Sim 2. () Não
11. Caso não, por qual motivo:
1. () ausência de pacientes nesta condição 2. () todos casos suspeitos são encaminhados diretamente ao especialista 3. () Outro _____
12. Poderia descrever como realiza o diagnóstico dos casos suspeitos de hanseníase? (Descrever o fluxo de atendimento) _____

13. Diante de um caso suspeito, realiza exames clínicos para diagnóstico?
1. () sim 2. () não
Se sim, quais? 1. () pesquisa de sensibilidade tátil 2. () pesquisa de sensibilidade térmica
3. () pesquisa de sensibilidade dolorosa 4. () outros _____
14. Realiza a avaliação do Grau de Incapacidade (GI) no diagnóstico?
1. () Sim 2. () Não
15. Realiza a avaliação do GI na cura?
1. () Sim 2. () Não
16. Que tipos de exames são solicitados para a assistência ao paciente com hanseníase? _____
17. Houve alguma dificuldade na realização do diagnóstico e tratamento clínico da hanseníase?
1. () Sim, sempre 2. () Algumas vezes 3. () Não
18. Saberria informar se para todos os casos de hanseníase é prescrito o tratamento supervisionado?
1. () Sim, sempre 2. () Sim, algumas vezes 3. () Não
19. Realiza o acompanhamento de contatos?
1. () Sim, sempre 2. () Sim, algumas vezes 3. () Não
20. Realiza busca ativa de sintomáticos dermatoneurológico?

1. () Sim, sempre 2. () Sim, algumas vezes 3. () Não
21. Calcula a estimativa de cálculo de sintomático dermatoneurológico? (2,5% da pop. da UBS – Port. n.º 1.631/2015)
1. () Sim 2. () Não
22. Realiza busca ativa de faltosos?
1. () Sim, sempre 2. () Sim, algumas vezes 3. () Não
23. O fluxo de encaminhamento para a referência e contra-referência para as unidades secundárias e/ou terciárias é conhecido?
1. () Sim 2. () Não
24. O número de consultas por especialidade é suficiente para o atendimento dos casos de hanseníase mais complexos, no(s) serviço(s) de referência?
1. () Sim 2. () Não 3. () Não sabe

EDUCAÇÃO, INFORMAÇÃO E MOBILIZAÇÃO

Informação e Mobilização da comunidade
--

25. Realiza atividades educativas abordando temas relativos à prevenção e controle da hanseníase com usuários do serviço e/ou comunidade?
1. () Sim, com ambos 2. () Sim, com a comunidade 3. () Sim, com os usuários do serviço 4. () Não
26. Caso sim, qual a frequência?
1. () Quinzenalmente 2. () Em campanha anual 3. () Semanalmente 4. () Mensalmente 5. () outro
27. Quais as estratégias educativas utilizadas com mais frequência?
1. () Orientação individual 2. () Atividade em grupo 3. () Campanhas 4. () Ações em escolas, igrejas, associações de bairro
28. Distribui materiais educativos sobre hanseníase (Cartazes, Panfletos, Cartilhas) nesta Unidade?
1. () Sim 2. () Não
29. Conhece o Programa municipal Saúde na Escola?
1. () Sim 2. () Não
30. Participou da campanha de Geo-helminthíases e Hansen?
1. () Sim 2. () Não
31. Caso sim, em uma das duas últimas perguntas, fale um pouco das atividades que realizou e se houve alguma dificuldade? _____

32. Existe alguma estratégia inovadora que a unidade vem realizando nos últimos anos?
1. () Sim 2. () Não
Fale um pouco sobre ela

EDUCAÇÃO, INFORMAÇÃO E MOBILIZAÇÃO

Educação Permanente

33. Participou de algum curso sobre diagnóstico e/ou vigilância epidemiológica da Hanseníase nos últimos 2 anos?

1. () Sim 2. () Não 3. () Não lembra

34. A realização deste curso contribuiu para mudança na sua conduta com relação ao diagnóstico e vigilância epidemiológica dos casos de hanseníase?

1. () Sim 2. () Não

35. Você poderia apontar facilidades e dificuldades enfrentadas para a implementação das ações da hanseníase neste serviço? _____

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Pesquisa: Rede de Cuidado das Doenças Transmitidas por Micobactérias Tuberculose e Hanseníase no Estado de Pernambuco

INSTRUMENTO 1 – PROFISSIONAL RESPONSÁVEL (COORDENADOR) PELO PROGRAMA DE HANSENÍASE NO MUNICÍPIO

DATA: ___/___/___

Município: _____

IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: () F () M

Formação: _____ Tempo de formado (em anos): _____

Pós-graduação: () sim () não Qual área?

() especialização () residência () mestrado () doutorado. Ano de conclusão do maior título: _____

ESTRUTURA

Recursos Humanos

5. O Programa possui profissional que responde pelas atividades da Coordenação?

1. () Sim 2. () Não

6. Se sim, qual a carga horária deste profissional?

() 20 horas () 30 horas () 40 horas

7. Qual a composição da equipe?

Profissionais	Quantitativo	Carga horária
Técnicos de nível superior		
Técnico de nível médio		

ESTRUTURA

Espaço Físico

8. Existe um local específico para o desenvolvimento do programa?

1. () Sim 2. () Não

ESTRUTURA

Veículos e equipamentos

9. Possui veículo para o desenvolvimento das ações de controle da hanseníase?

1. () Sim 2. () Não

6. Se sim, qual modalidade?

1. () exclusivo 2. () compartilhado com outros setores 3. () não sabe

7. Existe computadores conectados à internet em número suficiente e adequado para as ações do serviço?

1. () Adequados e suficientes 2. () Suficientes, mas não adequados 3. () Adequados, mas não suficientes 4. () Não sabe

ESTRUTURA

Impressos

8. Os seguintes impressos estão disponíveis em quantidade suficiente para o atendimento dos casos de hanseníase nas Unidades de Saúde do município?

<i>Impressos</i>	<i>Sempre</i>	<i>Algumas vezes</i>	<i>Não</i>	<i>Não sabe</i>
9. Ficha de Notificação				
10. Livro de Registro de Pacientes e Controle de Tratamento dos Casos de Hanseníase				
11. Ficha de investigação diagnóstica de casos de hanseníase em menores de 15 anos - PCID<15				
12. Ficha de investigação de suspeita de recidiva de hanseníase				
13. Boletim de acompanhamento de casos de hanseníase				
14. Ficha de Vigilância de Contatos				
15. Formulário para avaliação do grau de incapacidade				
16. Formulário para avaliação neurológica simplificada				
9. Formulário de investigação de caso suspeito de hanseníase (ACS)*				
10. Ficha de encaminhamento para referência secundária				

*Apresentar

ESTRUTURA

Normatização

17. Você conhece as normatizações técnicas (Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública, Guia de vigilância epidemiológica) que definem as atribuições do Programa?

1. () Sim 2. () Não

Se sim, quais?

1. () Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública 2. () Guia de vigilância epidemiológica

18. Os materiais educativos sobre hanseníase (cartazes, panfletos, cartilhas, álbum seriado) são suficientes para serem distribuídos na rede?

1. () Sim 2. () Não

ESTRUTURA

Medicamentos e Insumos

19. Os seguintes medicamentos e insumos estão disponíveis para o atendimento dos pacientes de hanseníase neste Município?

<i>Medicamentos e Insumos</i>	<i>Sempre</i>	<i>Algumas vezes</i>	<i>Não</i>	<i>Não sabe</i>
9. (PQT) esquema Paucibacilar (PB)				
10. (PQT) esquema Multibacilar (MB)				
11. Esquema alternativo - ROM (Rifampicina, Ofloxacina e Minociclina)				

12. Corticosteróides (Prednisona)				
13. Talidomida				
14. Vacina BCG				
15. Maleta com Kit contendo materiais para auxiliar na realização do exame dermatoneurológico e avaliação de Grau de Incapacidade (lupa, estensiómetro, tubos de ensaio, régua, pá oclusiva, lanterna, lápis hidrocor, fio dental sem sabor, algodão, agulha, tabela ou escala de Snellen ou optométrica)				
16. Insumos para prevenção de incapacidade				

GESTÃO

Planejamento Integrado

20. Você monitora os principais instrumentos de gestão?
1. () Sim 2. () Não 3. () Não sabe
- Se sim, quais?
1. () COAP (Proporção de cura de hanseníase entre os casos novos diagnosticados nos anos da coorte)
2. () PEFAP (Proporção de cura de hanseníase entre os casos novos diagnosticados nos anos da coorte)
3. () PQAVS (Proporção de contatos examinados dentre os registrados nos anos das coortes) 4. () Nenhum
21. Realiza reuniões integradas com outras áreas técnicas da gestão?
1. () Sim 2. () Não
22. Realiza o planejamento das ações?
1. () Sim 2. () Não
23. Se sim, realiza o monitoramento deste planejamento?
1. () Sim 2. () Não
24. Os indicadores de hanseníase são pactuados com as unidades de saúde que prestam atendimento aos casos de hanseníase (PACS/ESF/Unidade de Referência)?
1. () Sim, sempre 2. () Sim, algumas vezes 3. () Sim, frequentemente 4. () Não

GESTÃO

Monitoramento e Avaliação

25. Realiza análises de completitude, consistência e duplicidade?
1. () Sim 2. () Não
26. Se sim, qual a periodicidade?
1. () Mensal 2. () Trimestral 3. () Semestral 4. () Anual 5. () outros _____
27. Monitora e analisa (construção de indicadores) os principais indicadores epidemiológicos e operacionais?
1. () Sim 2. () Não
- Se sim, quais? 1. () Cura 2. () Abandono 3. () Av. GI no diagnóstico 4. Av. GI na cura 5. () Detecção geral 6. () Detecção em < 15 anos 7. () Contatos 8. () Nenhum
28. Envia o boletim de acompanhamento do SINAN para as unidades?
1. () Sim 2. () Não
29. Se sim, qual a periodicidade?
1. () Mensal 2. () Trimestral 3. () Semestral 4. () Anual 5. () outros _____
30. Calcula a estimativa de casos novos por equipe de saúde da família? (incremento de 5% nos casos notificados no ano anterior)
1. () Sim 2. () Não 3. () Não sabe
31. Se sim, divulga entre as equipes de saúde da família?
1. () Sim 2. () Não 3. () Não sabe

32. Calcula a estimativa de pacientes dermatoneurológicos? (2,5% da pop. da UBS – Port. n.º 1.631/2015)
1. () Sim 2. () Não 3. () Não sabe

GESTÃO

Organização da Rede e Serviços

33. O município dispõe de serviço de referência secundária?
1. () Sim 2. () Não
26. Se sim, o fluxo de encaminhamento é divulgado entre os profissionais da rede?
1. () Sim 2. () Não
27. Conhece o fluxo de encaminhamento para pacientes suspeitos de resistência medicamentosa? (NT n.º 22/16 SES/SEVS – Fluxo de envio de amostras para testagem de resistência medicamentosa em Hanseníase)
1. () Sim 2. () Não
28. O município possui algum serviço de reabilitação física?
1. () Sim 2. () Não
29. Existe algum profissional capacitado para atendimento de reabilitação para os pacientes de hanseníase?
1. () Sim 2. () Não 3. () Não sabe
30. Conhece o número de pacientes que necessitam de prótese e/ou órteses ou adaptações de calçados?
1. () Sim 2. () Não 3. () Não sabe
Se Sim, quantos? _____
31. Quais os tipos de cirurgias de reabilitação reparadora que os pacientes necessitam?

GESTÃO

Laboratório

32. O município possui laboratório?
1. () Sim 2. () Não 3. () Não sabe
33. Se sim, qual tipo?
1. () Municipal 2. () Conveniado no município 3. () Conveniado em outro município
4. () Outro: _____
34. O município disponibiliza acesso aos pacientes para realizarem baciloscopia?
1. () Sim 2. () Não
35. O município disponibiliza acesso aos pacientes para realizarem biópsia?
1. () Sim 2. () Não

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Assessoramento Técnico

36. Realiza visitas de monitoramento/assessoramento às unidades de saúde?
1. () Sim 2. () Não
Se sim, qual a periodicidade por unidade?
1. () Mensal 2. () Trimestral 3. () Semestral 4. () Anual 5. () outros _____
37. Realiza reuniões de discussão de indicadores com as Equipes de saúde?
1. () Sim 2. () Não

Se sim, qual a periodicidade?

1. () Mensal 2. () Trimestral 3. () Semestral 4. () Anual 5. () outros _____

EDUCAÇÃO, INFORMAÇÃO E MOBILIZAÇÃO

Informação e Mobilização da comunidade

38. Articula ações educativas (palestras, campanhas, atividades de grupo, entre outros), em parceria com as Unidades de Saúde para divulgação de sinais e sintomas, prevenção e controle da hanseníase?

1. () Sempre 2. () Algumas vezes/raramente 3. () Não

39. Realiza e/ou promove a divulgação da hanseníase em meios de comunicação, rádio, TV, jornais, etc?

1. () Sempre 2. () Algumas vezes/raramente 3. () Não

40. Realiza e/ou promove parcerias com outros órgãos (instituições de ensino, sociedade civil) para desenvolver ações sobre hanseníase?

1. () Sim 2. () Não

Se sim, poderia citar algumas parcerias _____

EDUCAÇÃO, INFORMAÇÃO E MOBILIZAÇÃO

Educação Permanente

41. Participou de algum curso sobre diagnóstico, vigilância epidemiológica ou gestão da Hanseníase nos últimos 2 anos?

1. () Sim 2. () Não 3. () Não lembra

42. A realização deste curso contribuiu para mudança na sua conduta com relação à condução do Programa no seu município?

1. () Sim 2. () Não 3. () Não Sabe

APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Pesquisa: Rede de Cuidado das Doenças Transmitidas por Micobactérias Tuberculose e Hanseníase no Estado de Pernambuco

INSTRUMENTO 3 – PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO DE PACIENTES COM HANSENÍASE NA REFERÊNCIA SECUNDÁRIA

DATA: ____/____/____

Município: _____

IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: () F () M

Formação: _____ Tempo de formado (em anos): _____

Pós-graduação: () sim () não Qual área?

() especialização () residência () mestrado () doutorado. Ano de conclusão do maior título: _____

ESTRUTURA

Espaço Físico

13. Em sua opinião, as condições do local de trabalho são adequadas para atendimento aos pacientes, considerando os seguintes aspectos (marque sim ou não nas colunas):

	SIM	NÃO
1.1 Número de consultórios		

1.2 Tamanho de consultórios		
1.3 Iluminação		
1.4 Ventilação		
1.5 Espaço para reunião da equipe		
1.6 Espaços para reuniões educativas com a comunidade		
1.7 Privacidade		

Observação: _____

ESTRUTURA

Impressos

14. Os seguintes impressos estão disponíveis em quantidade suficiente para o atendimento dos casos de hanseníase nesta unidades?

<i>Impressos</i>	<i>Sempre</i>	<i>Algumas vezes</i>	<i>Não</i>	<i>Não sabe</i>
34. Ficha de Notificação				
35. Livro de Registro de Pacientes e Controle de Tratamento dos Casos de Hanseníase				
36. Ficha de investigação diagnóstica de casos de hanseníase em menores de 15 anos - PCID<15				
37. Ficha de investigação de suspeita de recidiva de hanseníase				
38. Boletim de acompanhamento de casos de hanseníase				
39. Ficha de Vigilância de Contatos				
40. Formulário para avaliação do grau de incapacidade				
41. Formulário para avaliação neurológica simplificada				
9. Formulário de investigação de caso suspeito de hanseníase (ACS)*				
10. Ficha de encaminhamento para referência secundária				

ESTRUTURA

Normatização

15. Conhece as normatizações técnicas (Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública, guia de vigilância epidemiológica) que definem as atribuições do Programa?

1. () Sim 2. () Não

Se sim, quais?

1. () Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública 2. () Guia de vigilância epidemiológica

16. Se sim, com que frequência você consulta?

2. () Frequentemente 2. () Algumas vezes 3. () Nunca

ESTRUTURA

Medicamentos e Insumos

17. Os seguintes medicamentos e insumos estão disponíveis para o atendimento dos pacientes de hanseníase nesta Unidade?

<i>Medicamentos e Insumos</i>	<i>Sempre</i>	<i>Algumas vezes</i>	<i>Não</i>	<i>Não sabe</i>
17. (PQT) esquema Paucibacilar (PB)				
18. (PQT) esquema Multibacilar (MB)				
19. Esquema alternativo - ROM (Rifampicina, Ofloxacina e Minociclina)				
20. Corticosteróides (Prednisona)				
21. Talidomida				
22. Vacina BCG				
23. Maleta com Kit contendo materiais para auxiliar na realização do exame dermatoneurológico e avaliação de Grau de Incapacidade (lupa, estensiómetro, tubos de ensaio, régua, pá oclusiva, lanterna, lápis hidrocor, fio dental sem sabor, algodão, agulha, tabela ou escala de Snellen ou optométrica)				
24. Insumos para prevenção de incapacidade				

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Assessoramento Técnico

18. Recebe a visita de monitoramento do coordenador do município?
1. () Sim 2. () Não
19. Participa de reuniões de discussão de indicadores epidemiológicos e operacionais?
1. () Sim 2. () Não

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Assessoramento técnico

Diagnóstico e Acompanhamento

20. Realiza a avaliação do Grau de Incapacidade (GI) no diagnóstico?
2. () sim 2. () Não
21. Solicita exames complementares para confirmação do diagnóstico de hanseníase?
1. () Sim 2. () Não
Se _____ sim
quais? _____

22. Para todos os casos de hanseníase é prescrito tratamento supervisionado?
2. () Sim, sempre 2. () Sim, algumas vezes 3. () Não 4. () Não sabe
23. Poderia descrever como se dá o fluxo de acompanhamento do caso? Quais as principais dificuldades para sua implementação?

24. Saberá informar se existe agendamento de consultas nessa unidade?
1. () Sim 2. () Não 3. () Não sabe
25. Realiza avaliação do grau de incapacidade quando da alta no tratamento?
1. () Sim 2. () Não
26. Realiza o exame de contatos?
2. () Sim, sempre 2. () Sim, algumas vezes 3. () Não
27. Realiza busca ativa de faltosos?
2. () Sim, sempre 2. () Sim, algumas vezes 3. () Não
28. Notifica os casos de hanseníase que atende?
1. () Sim, sempre
2. () Sim, frequentemente
3. () Sim, algumas vezes/raramente
4. () Outro profissional faz. Qual? _____
5. () Não faz
29. Conhece o fluxo de encaminhamento para a referência e contra-referência para as unidades primárias e terciárias?
2. () Sim 2. () Não
30. Na unidade, existe atendimento para pacientes que necessitem de reabilitação?
1. () Sim 2. () Não
31. O número de consultas por especialidade é suficiente para o atendimento dos casos de hanseníase mais complexos neste serviço?

2. Sim 2. Não 3. Não sabe

EDUCAÇÃO, INFORMAÇÃO E MOBILIZAÇÃO

Informação e Mobilização da comunidade
--

32. A unidade realiza atividades educativas abordando temas relativos à prevenção e controle da hanseníase com usuários do serviço?
2. Sim 2. Não
33. Caso sim, qual a frequência?
1. Quinzenalmente 2. Em campanha anual 3. Semanalmente 4. Mensalmente
34. Distribui materiais educativos sobre hanseníase (Cartazes, Panfletos, Cartilhas) nesta Unidade?
2. Sim 2. Não

EDUCAÇÃO, INFORMAÇÃO E MOBILIZAÇÃO

Educação Permanente

35. Participou de algum curso sobre diagnóstico, vigilância epidemiológica ou gestão da hanseníase nos últimos 2 anos?
2. Sim 2. Não
36. A realização deste curso contribuiu para mudança na sua conduta com relação à condução da hanseníase nessa unidade?
1. Sim 2. Não
37. Quais as facilidades e dificuldades enfrentadas para a implementação das ações de controle da hanseníase neste serviço? _____

APÊNDICES

PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



HOSPITAL AGAMENON
MAGALHÃES - HAM



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Rede de Cuidado das Doenças Transmitidas por Micobactérias: Tuberculose e Hanseníase no Estado de Pernambuco

Pesquisador: Danyella Kessea Travassos Torres de Paiva

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 09990417.0.0000.5197

Instituição Proponente: SECRETARIA DE SAUDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.431.473

Apresentação do Projeto:

Rede de Cuidado das Doenças Transmitidas por Micobactérias: Tuberculose e Hanseníase no Estado de Pernambuco

OBS: ESTÃO DE ACORDO COM NORMA OPERACIONAL Nº 001/2013

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

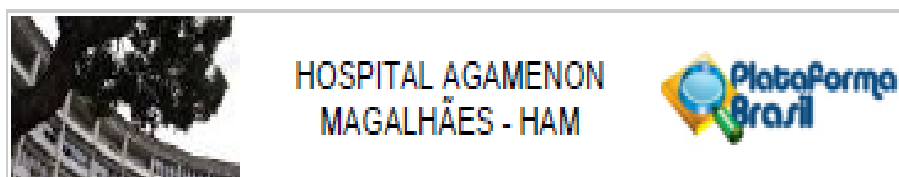
Analisar a linha de cuidado das doenças transmitidas por micobactérias tuberculose e/ou hanseníase no estado de Pernambuco.

Objetivo Secundário:

No estado de Pernambuco, nos municípios sede de Regiões de Saúde:

- Identificar o processo de trabalho;
- Mapear o fluxo da rede de laboratórios;
- Descrever a rede de atenção secundária e/ou terciária, se houver;
- Verificar a existência de educação continuada para os profissionais.

OBS: ESTÃO DE ACORDO COM NORMA OPERACIONAL Nº 001/2013



Continuação do Parecer: 2.431.473

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Por se tratar de estudo que emprega técnicas e métodos retrospectivos de pesquisa, e por não se realizar nenhuma intervenção ou modificação

intencional nas variáveis fisiológicas ou psicológicas e sociais dos indivíduos que participam no estudo, os riscos aos entrevistados são mínimos,

podendo, entretanto, ocorrer desconforto do entrevistado para responder ao questionário. Como forma de amenizar esse risco destacamos que será

garantido ao entrevistado:

1. O direito de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento de qualquer dúvida acerca de todos os procedimentos e benefícios relacionados com a pesquisa.
2. A liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem que isto traga nenhum prejuízo à sua pessoa, nem custo algum ao participante.
3. A segurança de que não será identificado (a) em hipótese alguma e que será mantido o caráter confidencial da informação prestada.
4. O seu nome não estará presente no banco de dados a ser criado, a partir dos resultados desta pesquisa.

Benefícios:

O benefício relacionado à participação dos Coordenadores dos Programas de Controle da Tuberculose e Hanseníase e dos profissionais

responsáveis pelos Programas nas Unidades visitadas está em contribuir para o conhecimento sobre como os programas vêm sendo desenvolvidos

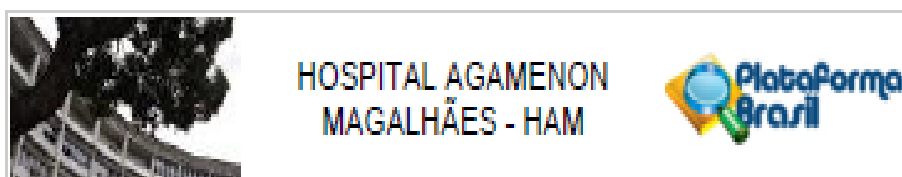
nesses locais, obtendo um mapa de saúde, sendo de grande relevância para ajudar no planejamento das atividades para os Programas no futuro.

Estão de acordo com a resolução 466/2012

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Anexado por pesquisadores do referido projeto de pesquisa, documento intitulado recurso, onde os mesmos comprometem-se a iniciar coleta de dados somente a partir da aprovação pelo Sistema CEP/CONEP, conforme Norma Operacional CNS nº 001 de 2013, Item 3.3.f.

Endereço: Estrada do Arariá, 2723			
Bairro: Prédio Anexo à Emergência Geral	CEP: 52.051-380		
UF: PE	Município: RECIFE		
Telefone: (81)3184-1769	Fax: (81)3048-0117	E-mail: cepham@hotmail.com	



Continuação do Parecer: 2.431.473

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

De acordo

Recomendações:

Nenhuma

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado sem pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto em Reunião Extraordinária deste Comitê, conclui-se pela aprovação do referido projeto, sem pendências. O mesmo está em conformidade com a Resolução 466/12, suas complementares e Normativas em vigor.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Declaração de Pesquisadores	recurso_kessee.doc	12/12/2017 13:16:27	CARLOS ALBERTO SÁ MARQUES	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PE_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_883750.pdf	03/11/2017 17:39:50		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO DETALHADO.doc	03/11/2017 17:39:20	Ana Claudia Araújo da Silva	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	Recurso.doc	14/08/2017 20:23:12	Ana Claudia Araújo da Silva	Aceito
Outros	viviany.pdf	16/06/2017 09:31:27	Ana Claudia Araújo da Silva	Aceito
Outros	danyella.pdf	16/06/2017 09:31:03	Ana Claudia Araújo da Silva	Aceito
Outros	candida.pdf	16/06/2017 09:30:33	Ana Claudia Araújo da Silva	Aceito
Outros	ana.pdf	16/06/2017 09:30:14	Ana Claudia Araújo da Silva	Aceito
Outros	termo.pdf	16/06/2017 09:28:44	Ana Claudia Araújo da Silva	Aceito
Outros	confidencialidade.pdf	27/04/2017 11:29:46	Viviany Souza de Oliveira	Aceito
Outros	anuencia.pdf	27/04/2017 11:29:02	Viviany Souza de Oliveira	Aceito
TCE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCE.docx	20/03/2017 15:31:11	Viviany Souza de Oliveira	Aceito

Endereço: Estrada do Arraial, 2723

Bairro: Prédio Anexo à Emergência Geral CEP: 52.051-380

UF: PE Município: RECIFE

Telefone: (81)3184-1769 Fax: (81)3048-0117 E-mail: cepam@hotmail.com



Continuação do Parecer: 2.431.473

Ausência	TCLE.docx	20/03/2017 15:31:11	Viviany Souza de Oliveira	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	20/03/2017 15:27:09	Viviany Souza de Oliveira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 12 de Dezembro de 2017

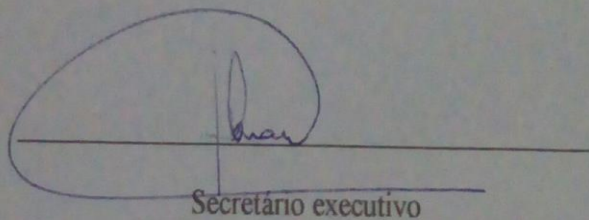
Assinado por:
CARLOS ALBERTO SÁ MARQUES
 (Coordenador)

Serra Talhada, 25 de Julho de 2017.

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Declaro estar ciente da realização da pesquisa **Rede de Cuidado das Doenças Transmitidas por Micobactérias – Tuberculose e Hanseníase no Estado de Pernambuco** sob a responsabilidade da pesquisadora **Danyella Kessea Travassos Torres de Paiva**, irá realizar no âmbito do município de Serra Talhada e afirmo que esta instituição tem condições para o desenvolvimento do projeto.

Sendo assim, autorizo sua execução, desde que a mesma cumpra com os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins de pesquisa.



Secretário executivo

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Para maiores de 18 anos ou emancipados - resolução 510/16)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa **PROGRAMA DE CONTROLE DA HANSENÍASE EM SERRA TALHADA/PE**, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Maria do Socorro Cavalcanti de Goes, Fone: (87)991059604, E-mail: marycavalcanti12@hotmail.com. E está sob a orientação de: Ana Claudia Araújo da Silva, Telefone: (81) 99524-9562, e-mail: claudiaaraujo1987@hotmail.com.

Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não lhes sejam compreensíveis, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está lhe entrevistando e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados, caso concorde com a realização do estudo pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável. Caso não concorde, não haverá penalização, bem como será possível retirar o consentimento a qualquer momento, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

A pesquisa tem como objetivo Descrever como se organiza o programa de Controle da Hanseníase em Serra Talhada/PE

A coleta de dados primários será realizada por meio de entrevistas dirigidas e os dados secundários serão coletados a partir de base de dados dos sistemas de informações referentes ao Programa de Controle da Hanseníase (ano de 2016). O período de participação do voluntário se resume ao momento da entrevista, sendo realizada em visita única.

Por se tratar de estudo que emprega técnicas e métodos retrospectivos de pesquisa, e por não se realizar nenhuma intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas ou psicológicas e sociais dos indivíduos que participam no estudo, os riscos aos entrevistados são mínimos, podendo, entretanto, ocorrer desconforto do entrevistado para responder ao questionário. Como forma de amenizar esse risco destacamos que será garantido ao entrevistado:

1. O direito de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento de qualquer dúvida acerca de todos os procedimentos e benefícios relacionados com a pesquisa.
2. A liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem que isto traga nenhum prejuízo à sua pessoa, nem custo algum ao participante.
3. A segurança de que não será identificado (a) em hipótese alguma e que será mantido o caráter confidencial da informação prestada.
4. O seu nome não estará presente no banco de dados a ser criado, a partir dos resultados desta pesquisa.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa (entrevistas), ficarão armazenados em pastas de arquivo,

sob a responsabilidade do pesquisador, no endereço acima informado, pelo período de mínimo 5 anos. Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação). Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da HAM no endereço: (Estrada do Arraial, 2723 CEP: 52.051-380 . Tel.: (81)3184-1769 – e-mail: : cepham@hotmail.com).

(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo **PROGRAMA DE CONTROLE DA HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE SERRA TALHADA/PE**, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo (a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento).

Local e data

Assinatura do participante:

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura: