

## Monitoramento do Programa de Controle da Hanseníase em uma unidade de saúde

### Monitoring of the Leprosy Control Program in a health unit

Alace da Silva Peres<sup>1</sup>, Amanda Figueiredo Vale de Aquino<sup>1</sup>, Bruna Correa de Mira<sup>1</sup>, Hellen de Paula Silva Rocha<sup>1</sup>, Karine de Paula Martins da Cruz<sup>1</sup>, Paula Carolina Lima de Aviz<sup>1</sup>, Ana Caroline Guedes Souza Martins<sup>1</sup>, Antônia Margareth Moita Sá<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universidade do Estado do Pará, Belém (PA), Brasil.

<sup>2</sup>Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

#### RESUMO

**Objetivo:** Este estudo teve como objetivo analisar as atividades de monitoramento das ações de controle da Hanseníase desenvolvidas durante o período de 2010 a 2014, em um Centro de Saúde Escola de Belém, Pará, Brasil. **Método:** Trata-se de uma pesquisa operacional de abordagem quantitativa descritiva. A coleta de dados foi realizada por meio da análise dos livros de registro, prontuários, fichas individuais e de notificação dos casos. A amostra foi composta de 127 casos notificados e os dados foram obtidos por meio de um instrumento estruturado de coleta de informações. Para análise dos dados utilizou-se indicadores operacionais recomendados pelo Ministério da Saúde. **Resultados:** A doença predomina no sexo masculino (56,7%), entre 16 e 59 anos (81,9%), com baixo nível de escolaridade (85,1%), o modo de detecção de caso novo por encaminhamento (66,1%), diagnóstico laboratorial (51,2%), forma clínica Tuberculóide (42,5%), classificação operacional Multibacilar (53,5%), revelando diagnóstico tardio, avaliação do grau de incapacidade física em 93% dos casos no início do tratamento, porém 62,2% não foram avaliados na alta e percentual de cura de 87,8%. **Conclusões:** O estudo evidenciou que a unidade de saúde apresentou diferentes graus de desempenho em suas atividades de controle da doença. Portanto, a pesquisa operacional mostrou-se como um componente essencial para se conhecer a eficiência e eficácia do Programa de Controle da Hanseníase.

**PALAVRAS-CHAVE:** Monitoramento. Hanseníase. Indicadores. Saúde Pública.

#### ABSTRACT

**Objective:** The objective of this study was to analyze the activities of the monitoring of the leprosy control program of actions developed during the period from 2010 to 2014 at a School Health Center in Belém, Pará, Brazil. **Method:** This is an operational research with a descriptive quantitative approach. The data collection was performed through the analysis of the books of registry, medical records, individual records and case reports. The sample consisted of 127 notified cases and the data were obtained through a structured instrument of information collection. **Results:** The disease predominates in the male gender (56.7%), between 16 and 59 years (81.9%), with a low level of schooling (85.1%), the new case detection mode by referral (66.1%), laboratory diagnosis (51.2%), Tuberculoid clinical form (42.5%), Multibacillary operational classification (53.5%), revealing late diagnosis, assessment of the degree of physical incapacity in 93% of cases at the beginning of treatment, where 62.2% were not evaluated at discharge and cure rate of 87.8%. **Conclusions:** The study showed that the health unit presented different degrees of performance in its disease control activities. Therefore, operational research has proved to be an essential component of knowing the efficiency and effectiveness of the Leprosy Control Program.

**KEYWORDS:** Monitoring. Leprosy. Indicators. Public health.

Recebido: Maio 31, 2016

Aceito: Set. 03, 2016

#### COMO CITAR ESTE ARTIGO

Peres AS, Aquino AFV, Mira BC, et al. Monitoramento do Programa de Controle da Hanseníase em uma unidade de saúde. *Interdisciplinary Journal of Health Education*. 2016 Ago-Dez;1(2):91-99. <http://dx.doi.org/10.4322/ijhe.2016.017>

#### CORRESPONDÊNCIA

Ana Caroline Guedes Souza Martins  
Universidade do Estado do Pará  
Avenida José Bonifácio, 1289, Guamá,  
CEP 66063-010, Belém (PA), Brasil  
carolguedes.devs@hotmail.com

#### FONTE DE FINANCIAMENTO

Recurso-próprio.

#### CONFLITO DE INTERESSE

Os autores declararam não haver conflitos de interesse.

O estudo foi realizado na Universidade do Estado do Pará, Belém (PA), Brasil.

Todos os autores leram e aprovam a versão final submetida ao *Interdisciplinary Journal of Health Education (IJHE)*.

## Introdução

No Brasil a Hanseníase se configura em um problema de saúde pública que muda a vida do portador. A situação do doente inclui dificuldades de diversos tipos relacionados com o tratamento médico, com a situação de pobreza, de conhecimento insuficiente sobre a doença, de desagregação familiar, de subemprego, além de alterações emocionais, relativas à rejeição e à baixa autoestima, ou seja, nesse contexto, afeta o psicológico, o social e o econômico do portador, entretanto, a repercussão do problema vai muito além do âmbito individual, pois afeta também as pessoas que convivem com o portador<sup>1</sup>.

No ano de 2014 foram notificados 31.064 casos novos, apresentando um coeficiente geral de 15,32/100.00. Diante dos números mostrados foi necessária a criação de diversas ferramentas para o controle da hanseníase em escala nacional; uma delas é o monitoramento. Este, é usualmente compreendido como o processo de acompanhar a implantação de determinadas ações, tendo como suporte o que um projeto dispõe como metas de implementação, acompanhamento, avaliação e metas atingidas através de uma intervenção (metas pré-estipuladas). O monitoramento é realizado na rotina dos serviços e permite maior celeridade quando se trata de correção na execução das ações desenvolvidas<sup>1</sup>.

Com o objetivo de diminuir os elevados índices da doença no país, além de proporcionar uma assistência de qualidade no tratamento dos portadores, o MS desenvolveu o Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH). Este executa ações estratégicas e interligadas voltadas para a redução da transmissão e a prevenção de incapacidades físicas e seus efeitos, que se destinam a orientar o desempenho do trabalho no serviço público de saúde nas diferentes esferas do Governo e diferentes níveis de complexidade na atenção à saúde, em conformidade ao que preconiza os princípios do SUS<sup>2</sup>.

As ações do programa se baseiam essencialmente em cinco componentes e seus referentes subcomponentes: Vigilância Epidemiológica (monitoramento e análise de informações); Gestão (planejamento, monitoramento e avaliação, descentralização); Atenção Integral (diagnóstico, tratamento, vigilância de contatos, prevenção de incapacidades e reabilitação, resgate social); Comunicação e Educação (comunicação, educação permanente, mobilização social); Pesquisa (centro de referência, pesquisa operacional)<sup>2</sup>.

Admitindo-se como impossíveis a neutralidade da gestão pública, seu distanciamento da política e a universalidade de princípios práticos, a melhor proposta seria comprometer os gestores públicos com valores essenciais. Esses valores serviram de base quase como uma ética universal de gestão, em que equidade, eficiência e eficácia condicionariam comportamentos administrativos, e não propostas práticas de gestão<sup>3</sup>.

Desde o século XIX, propõe-se assemelhar a Administração Pública à empresa privada. Anunciada muitas vezes durante décadas – poucas vezes efetivada – essa ideia espalhou-se com uma nova e promissora modalidade de gestão pública nas últimas décadas do século XX. O New Public Management (NPM) apresentou-se com o objetivo primordial de fazer a Administração Pública operar como uma empresa privada e, assim, adquirir eficiência, reduzir custos e obter maior eficácia na prestação de serviços<sup>3</sup>.

Desta forma, a eficácia é a capacidade da ciência e da arte do cuidado médico em oferecer o melhor sob as condições mais favoráveis. A eficácia relativa de estratégias alternativas de diagnóstico ou de terapêutica é estabelecida através de pesquisas clínicas bem controladas. A estratégia mais eficaz de tratamento é o limite superior do que pode ser alcançado, o melhor que se pode fazer sob as condições mais favoráveis e controladas.



A importância da definição de eficácia fica mais clara quando se discute o aspecto seguinte, a efetividade, que é a melhora alcançada, ou que se espera seja alcançada, em condições reais da prática diária em relação ao melhor cuidado verificado. Através da determinação da efetividade pode-se identificar o quanto o cuidado avaliado se aproxima do melhor cuidado possível, determinado nos estudos de eficácia.

E por último, a eficiência, que é definida como a capacidade de se obter o máximo de melhora na saúde com o menor custo. Se duas estratégias em saúde são igualmente eficazes ou efetivas, a mais barata é a mais eficiente<sup>4</sup>.

## Objetivos

Este estudo teve como objetivo analisar as atividades de monitoramento das ações do Programa de Controle da Hanseníase desenvolvidas em um Centro de Saúde Escola localizado no Município de Belém do Pará, no período de 2010 a 2014.

## Método

Trata-se de uma pesquisa operacional de abordagem quantitativa descritiva. O cenário foi um Centro de Saúde Escola, Unidade Básica de Saúde responsável por atender as demandas de saúde da população do Bairro do Marco-Belém, PA, que conta com uma população estimada em 65.844 habitantes<sup>5</sup>. A coleta de dados foi realizada por meio da análise dos livros de registro, prontuários, fichas individuais e de notificação dos casos. O universo da amostra foi composta de 127 casos notificados. Usou-se como critério de inclusão todos os casos diagnosticados, inclusive os menores de quinze anos e como critério de exclusão todos os casos registrados com informações insuficientes, rasuradas ou que foram notificados fora do período estipulado na pesquisa.

Os dados foram obtidos por meio de um instrumento estruturado de coleta de informações. Para análise dos dados utilizou-se indicadores operacionais recomendados pelo Ministério da Saúde, entre eles estão: número de casos novos de Hanseníase em menores de 15 anos, coeficiente de detecção em menores de 15 anos por 100 mil habitantes, casos novos gerais, coeficiente de detecção geral por 100 mil habitantes, porcentagem de cura nas coortes, porcentagem de contatos examinados, porcentagem de avaliados quanto ao grau de incapacidade física (GIF) no diagnóstico e porcentagem de avaliados quanto ao GIF na cura. A análise dos dados foi feita através da estatística descritiva, com uso do Excel 2010 para banco de dados e software BioEstat 5.0 para interpretação dos resultados. O projeto foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa e obedeceu à resolução 466/12 do CNS/MS.

## Resultados

### Perfil sociodemográfico

Dos 127 pacientes notificados na unidade de saúde no período em estudo, 72 foram homens e 55 mulheres, mostrando que houve uma predominância do sexo masculino na amostra. Porém, não existiu diferença estatisticamente significativa, com 56,7% e 43,3%, respectivamente. Em relação ao Estado Civil, observou-se um número significativo de pacientes casados e solteiros, com prevalência de 44,1% e 40,2% respectivamente. Foram avaliadas as seguintes faixas etárias: < 15 anos, 16 a 59, e > 60 anos. A faixa etária com maior prevalência de casos foi a de 16 a 59 anos, com prevalência de 81,9% do total. Com relação aos menores de 15 anos, a incidência foi de 9 casos, o que corresponde a 7,1% do total, portanto, de acordo com o Ministério



da Saúde este indicador apresenta parâmetro Muito Alto (de 5,00 a 9,99 casos por 100 mil habitantes).

Não houve diferença estatística no grau de escolaridade. Entre os que informaram ter o Ensino Fundamental Incompleto e o Ensino Fundamental Completo concentram-se 57 casos, (44,9%) do total. Entre os que iniciaram e não finalizaram o Ensino Médio e os que completaram, somam-se 51 casos, (40,2%); somente 19 pacientes iniciaram o ensino superior sendo que 16 o concluíram (12,6%).

Quanto à escolaridade, apenas 15% dos pacientes iniciaram o ensino superior e 12,6% o completaram.

#### Meio de diagnóstico e modo de detecção

Quanto ao meio de diagnóstico e modo de detecção de caso novo, os dados são apresentados na Tabela 1, o que revela que 48,8% foram por diagnóstico clínico e 51,2% laboratoriais, não havendo diferença significativa entre eles. O diagnóstico de casos de hanseníase deve ser essencialmente clínico, realizado por meio da anamnese, exame geral e dermatoneurológico. O diagnóstico laboratorial pode retardar o início do tratamento e favorecer a ocorrência de danos neurais levando a futuras incapacidades físicas. O resultado do baixo índice de diagnóstico clínico no presente estudo parece demonstrar fragilidade do serviço<sup>6</sup>.

Em relação ao modo de detecção de caso novo, o estudo evidenciou que 66,1% deram-se sob a forma de encaminhamento, 30,7% por demanda espontânea e 3,1% através de outros modos.

#### Forma clínica, classificação operacional e avaliação do grau de incapacidade

Quanto à forma clínica, classificação operacional e grau de incapacidade, os dados são apresentados na Tabela 2. Ao analisar a forma clínica da doença, houve incidência predominante da forma Tuberculóide (MHT) 42,5% com diferença estatística significativa. Entretanto se somarmos 22,0% da forma Virchowiana (MHV) com 31,5% da forma Demora (MHD) teremos 53,5% de casos com classificação multibacilar, indicando que mais da metade dos pacientes tiveram diagnóstico tardio da doença.

Neste estudo a forma predominante diagnosticada foi a forma Tuberculóide, que embora não seja infectante é potencialmente incapacitante por causar alterações nos nervos próximos à lesão, dor, fraqueza e atrofia muscular<sup>7</sup>.

Deve-se considerar ainda que 3,9% dos portadores apresentaram a forma Indeterminada (MHI), o que, do ponto de vista da evolução da doença são os únicos considerados com diagnóstico precoce, pois, esta forma não tem potencial incapacitante, nem é transmissível, ainda que alguns possam evoluir para a forma multibacilar, o que dependerá do espectro imunológico de cada um.

**Tabela 1.** Distribuição dos casos de Hanseníase diagnosticados no CSEM segundo o meio de diagnóstico e modo de detecção de caso novo, no período de 2010 a 2014.

DIAGNÓSTICO	Freq	%	p-valor
Meio de diagnóstico			0,8591
Clínico	62	48,8%	
Laboratorial	65	51,2%	
Modo de detecção de caso novo			0,0004*
Encaminhamento*	84	66,1%	
Demanda espontânea	39	30,7%	
Outros modos	4	3,1%	

Fonte: Livro de registro e prontuários do CSEM. Belém-PA, 2016. \*p-valor = 0,0004\*.



Não houve diferença estatística significativa quanto à classificação operacional. Foram notificados 53,5% casos multibacilar e 46,5% paucibacilar.

Por ocasião da Consulta de Enfermagem ao Caso Novo, foi realizada a avaliação do Grau de Incapacidade Física (GIF) em 93% dos casos e 7% deixou de ser avaliado. Com relação ao GIF, 65,4% tiveram Grau 0; 18,9% Grau 1; 8,7% com Grau 2 e 7,1% não foram avaliados.

Em relação à avaliação do grau de incapacidade realizado na alta, 37,7% foram avaliados e 62,2% não foram avaliados. Dos 37,7% avaliados, 32,2% mantiveram-se com Grau 0.

#### Avaliação dos contatos e desfecho do tratamento

Quanto à avaliação de contatos e realização da vacina BCG, os dados são apresentados na Tabela 3 e mostra que dos 127 casos notificados, foram registrados 411 contatos intradomiciliares. Ressalta-se que dos 411 contatos, 122 pertenciam a 37 pacientes que iniciaram o tratamento no Centro, porém foram transferidos para as Unidades de Saúde mais próximas de suas residências onde deveriam dar continuidade no tratamento e conseqüentemente na avaliação dos seus contatos intradomiciliares, conforme o que preconiza as normas de áreas de abrangência de uma unidade de saúde e sua delimitação territorial. Logo a Unidade seria responsável por avaliar 289 contatos referentes aos 90 pacientes que ficaram sob o controle do CSE.

**Tabela 2.** Distribuição dos casos de Hanseníase diagnosticados no CSEM segundo a forma clínica, classificação operacional e grau de incapacidade no início do tratamento, no período de 2010 a 2014.

DADOS COMPLEMENTARES	Freq	%	p-valor
Forma clínica			0,0155*
Tuberculóide*	54	42,5%	
Dimorfa	40	31,5%	
Virchowiana	28	22,0%	
Indeterminada	5	3,9%	
Classificação operacional			0,4778
Multibacilar	68	53,5%	
Paucibacilar	59	46,5%	
Grau de incapacidade			< 0,0001*
Grau 0*	83	65,4%	
Grau 1	24	18,9%	
Grau 2	11	8,7%	
Não avaliado	9	7,1%	

Fonte: Livro de registro e prontuários do CSEM. Belém-PA, 2016. \*p-valor = 0,0155\*.

**Tabela 3.** Distribuição dos casos de Hanseníase diagnosticados no CSEM segundo contatos intradomiciliares avaliados e realização da BCG, no período de 2010 a 2014.

CONTATOS	Freq	%	p-valor
Contatos avaliados		N = 289	< 0,0001*
Sim	84	29,1%	
Não*	205	70,9%	
BCG		N = 289	< 0,0001*
Sim	74	25,6%	
Não*	215	74,4%	

Fonte: Livro de registro e prontuários do CSE Marco, Belém- 2016. \*p < 0,0001\* (Qui-Quadrado Aderência).

**Tabela 4.** Distribuição dos casos de Hanseníase diagnosticados no CSEM segundo a forma de desfecho do tratamento no período de 2010-2014.

DESFECHO	Freq	%	p-valor
Cura*	79	87,8%	< 0,0001*
Abandono	9	10,0%	
Óbito	2	2,2%	
TOTAL	90	100,0%	

Fonte: Livro de registro e prontuários do CSEM. Belém-PA, 2016. \*p < 0,0001\* (Qui-Quadrado Aderência).

Dos 289 contatos intradomiciliares registrados e de responsabilidade do CSE em avaliar, apenas 84 (29,0%) foram avaliados, destes 74 realizaram a BCG e 10 não tiveram indicação. Consta-se que 205 contatos não foram avaliados e conseqüentemente não receberam a BCG, perdendo então, a oportunidade de serem imunizados e de se conter a cadeia de transmissão. Observa-se que o percentual de contatos não avaliados e conseqüentemente que não tomaram a BCG são elevados, com incidência de 70,9% do total.

Quanto ao desfecho do tratamento, os dados são exibidos na Tabela 4 e revela que 87,8%, dos casos que realizaram tratamento na unidade, tiveram seu desfecho por cura; 10% abandonaram o tratamento e 2,2% foi a óbito.

## Discussão

A doença compromete igualmente homens e mulheres acarretando sérios prejuízos de ordem biopsicossocial e econômica. Alguns estudos mostram que a Hanseníase afeta mais os homens do que as mulheres<sup>8</sup>. Em um estudo observacional retrospectivo, analisando-se 100 prontuários de pacientes assistidos em um centro de referência da cidade de Recife, observou-se que a distribuição por sexo mostrou diferença significativa entre os gêneros acometidos pela doença (masculino 57%, feminino 43%) (p<0,001), aproximando-se do resultado do presente estudo<sup>9</sup>.

Observou-se que as faixas etárias mais acometidas foram entre pessoas de 16 a 59 anos, o que caracteriza a hanseníase como uma doença de adolescentes, jovens e adultos. Fato importante, pois se trata de uma doença com alto potencial incapacitante, o que interfere drasticamente no trabalho e na vida social do paciente, acarretando perdas econômicas e traumas psicológicos, sendo que alguns estudos corroboram com esses achados entre os anos de 2007 e 2008, em São Luiz Maranhão<sup>10</sup>.

Corroborando com este estudo, em 2014 foram notificados no Brasil 2.341 casos novos em menores de 15 anos. A região Norte foi responsável por 663 casos com coeficiente de 12,66/100.000 habitantes. O Pará apresentou coeficiente de detecção de 17,54%, ocupando o terceiro lugar entre os Estados brasileiros<sup>11</sup>.

Um grande número de casos de Hanseníase em faixas etárias menores de 15 anos sinaliza a hiperendemicidade na comunidade, além de uma deficiência na vigilância e no controle da doença, o que faz suscitar uma possível falta de implementação de políticas de saúde efetivas voltadas para o diagnóstico precoce da doença, principalmente nessa faixa etária<sup>12</sup>.

Vale ressaltar que embora tenham sido notificados 9 casos em menores de 15 anos durante o período em estudo, o resultado não é satisfatório, considerando que o surgimento de casos novos em crianças caracteriza dados epidemiológicos importantes, pois confirma a precocidade da exposição e a persistência da doença, funcionando como um indicador de nível endêmico, o que sugere um contágio presente nos primeiros anos de vida.

Não se aplicou teste na categoria renda familiar devido a uma proporção de 89,8% dos prontuários não possuírem esta informação, ou seja, dos 127 documentos

analisados, apenas 13 continham este dado. Porém, um estudo mostra que os aspectos econômicos podem influenciar as formas de enfrentamento dos problemas de saúde, podendo ser diferentes em um mesmo indivíduo, conforme as etapas do processo de manutenção da saúde, juntamente com aspectos sociais e psicológicos<sup>13</sup>.

Os dados de escolaridade encontrados neste estudo foram concordantes com a literatura, que relata a baixa escolaridade em grande parte dos casos. Acredita-se que a baixa escolaridade da população, é um reflexo dos aspectos sociais e econômicos precários, que influenciam na transmissão e aumento da doença na população, além de contribuir para dificuldades de adesão ao tratamento<sup>14-16</sup>.

O estudo apontou a predominância das formas clínicas de alto poder de transmissão e de alto potencial incapacitante, o que mostra que o diagnóstico da doença está sendo realizado tardiamente.

A demora no diagnóstico é indicador operacional que está diretamente relacionado ao indicador Avaliação do Grau de Incapacidade, considerando que a hanseníase é uma doença incapacitante, portanto, quanto mais tardio o diagnóstico, maior o risco do desenvolvimento de sequelas. Isso demonstra o baixo conhecimento da população e dos próprios profissionais de saúde sobre a doença e novamente revela falhas na busca ativa de sintomáticos dermatológicos, por parte das Estratégias de Saúde da Família.

Nota-se uma incidência significativa de casos sob a forma de encaminhamentos, sendo que este fenômeno pode sugerir que os profissionais das unidades de saúde estão mais atentos ao diagnóstico da hanseníase<sup>15,16</sup>. Por outro lado, os baixos números de demanda espontânea podem sugerir a falta de informação da população quanto aos sinais e sintomas da doença<sup>6</sup>.

Para os pesquisadores do presente estudo, o alto índice de encaminhamentos ao Centro de Saúde Escola (CSE) sugere que os serviços de Atenção Primária têm dificuldades para realizar o diagnóstico da doença. Desta forma, a fim de evitar o excesso de encaminhamentos, se sugere aos gestores municipais investir em capacitações e confecção de fluxogramas de atendimento para os profissionais de saúde; desenhar o 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. Assim, esse resultado sugere que novas pesquisas sejam feitas.

Segundo o MS, dos 31.064 casos novos notificados no País em 2014, mais da metade (65,91%) era multibacilar. Na região Norte foram notificados 6.113 casos, sendo 3.840 (62,82%) multibacilar. No Estado do Pará foram 3.432 casos, destes (65,36%) era multibacilar.

Os indicadores operacionais trazem como referência os seguintes valores: proporção de casos novos de hanseníase e o grau de incapacidade física avaliado no diagnóstico e no momento da alta por cura (Bom: acima de 90%, Regular: entre 75 a 89,9% e Precário: abaixo de 75%).

Foi possível observar que, com relação à avaliação do grau de incapacidade no momento do diagnóstico, 93% do total da amostra realizaram a avaliação física. Com este resultado, o CSE obteve um parâmetro bom em relação a esta categoria. Porém foi considerado Precário, quanto à avaliação do grau de incapacidade no momento da cura.

Este resultado revela um desempenho comprometido por parte do serviço, quando não avalia o paciente no momento da alta, deixando de saber a sua atual condição neural.

Um estudo realizado em um município nordestino, concluiu que, ao final do tratamento preconizado, a maioria dos casos não tinha sido avaliada. Certamente, uma parte considerável desses pacientes não avaliados, retornará ao serviço, tempos depois, com danos neurais importantes, mantendo assim, as limitações e sequelas físicas e contribuindo para a persistência do estigma em razão de marcas denunciadoras de sua condição<sup>17</sup>.



Observou-se que o percentual de contatos não avaliados e conseqüentemente que não tomaram a BCG são elevados, sendo esta uma situação extremamente preocupante, pois a não realização da vacina nos contatos domiciliares, aumenta a vulnerabilidade destes em desenvolver formas multibacilares caso venham a adoecer, mantendo elevado o risco de transmissão e conseqüentemente a endemia em efetividade. Indica também uma deficiência na busca efetiva desses contatos. Vale ressaltar que a unidade não dispõe de visitantes, nem possui o programa de Estratégia de Saúde da Família, onde os agentes comunitários realizariam de forma mais eficaz essa tarefa.

Evidências mostram que pessoas que coabitam com os pacientes que sofrem do Mal de Hansen, possuem elevado risco para desenvolver a doença e contatos domiciliares de pacientes multibacilares têm risco entre cinco e dez vezes maior de desenvolver a doença do que a população geral, além de que o tipo de contato não se limita aos intrafamiliares, mas se estende às relações sociais e vizinhança<sup>17</sup>.

É muito provável que os pacientes sem tratamento tenham transmitido a doença para outras pessoas na família ou na comunidade por um longo período em que a doença ainda não havia sido diagnosticada. Neste sentido, os menores de 15 anos, são particularmente afetados, isso pode ser demonstrado pela posição que o Pará ocupa o terceiro lugar nos indicadores da doença nesta faixa etária, com 17,54 de coeficiente de detecção<sup>11</sup>.

Portanto o baixo percentual na avaliação dos contatos é um fator preocupante, tendo em vista que esta medida é uma das principais estratégias do Ministério de Saúde para se quebrar a cadeia de transmissão da doença.

Para se avaliar a efetividade do tratamento dos casos novos, é considerado como bom o percentual de cura igual ou maior que 90%, regular de 75,0% a 89,9% e precário <75,0%<sup>7</sup>.

Pode-se afirmar que em relação à amostra coletada, o CSE alcançou um resultado regular na categoria desfecho por cura. Pressupõe-se que além do compromisso e efetividade do serviço prestado, o resultado deve-se também pela implementação de políticas públicas criadas pelo MS nos últimos anos, a fim de alcançar metas e estratégias para a eliminação da doença. Ressalta-se como uma das principais estratégias para findar a cadeia de transmissão, o tratamento com a PQT, que constitui atualmente uma medida importante para redefinir as atividades de controle da doença<sup>1</sup>.

Considera-se como abandono o “paciente que não completou o número de doses no prazo previsto e que não compareceu ao serviço de saúde nos últimos 12 meses”<sup>18</sup>. No presente estudo, 10% dos pacientes abandonaram o tratamento. Não foi possível identificar os possíveis motivos dos abandonos através da análise dos prontuários por não possuírem esta informação registrada, somando-se com o fato de não haver um trabalho de busca ativa dos faltosos na referida unidade.

A não adesão ao tratamento representa uma questão crucial para o Programa de Controle em nosso país, assim como nos demais países em desenvolvimento onde a doença é endêmica. Os autores enfatizam também, que os primeiros contatos com o serviço de saúde podem definir a continuidade do tratamento<sup>19</sup>.

## Conclusão

O estudo evidenciou que durante os anos de 2010 a 2014 o Centro de Saúde do Marco apresentou diferentes graus de desempenho em suas atividades de controle da doença. Com os dados coletados foi possível traçar um perfil do serviço prestado pela Unidade de Saúde, o que permite a adoção de intervenções direcionadas aos problemas detectados.

A pesquisa operacional, através do monitoramento mostrou-se como um componente essencial para avaliar a eficiência, eficácia, bem como a qualidade das atividades do Programa de Controle da Hanseníase desenvolvido na Unidade



de Saúde em questão. As reflexões sobre os indicadores subsidiam a conduta dos profissionais de saúde, e principalmente dos gestores na tomada de decisões, para a adoção de medidas corretivas que venham a beneficiar os usuários do serviço de saúde.

Este trabalho propiciou aos seus autores, identificar as deficiências na assistência ao hanseniano que tanto dificultam a qualidade nos serviços de saúde, o que gerou reflexões acerca do profissionalismo que será executado no futuro, bem como permitiu detectar pontos positivos que precisam ser reforçados com a equipe responsável pelo desenvolvimento do Programa de Controle da Hanseníase.

## Referências

1. Souza LWF. Reações hansenianas em pacientes em alta por cura pela poliquimioterapia. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2010;43(6):737-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S0037-86822010000600029>.
2. Brasil. Portaria conjunta nº 125, de 26 de março de 2009. Define ações de controle da hanseníase. *Diário Oficial da União [Internet]*, Brasília, DF, 26 mar. 2009.
3. Motta PRM. O estado da arte da gestão pública. *Rev. Adm. Empres.* 2013;53(1):82-90. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-75902013000100008>.
4. Donabedian A. The seven pillars of quality. *Arch Pathol Lab Med.* 1990;114(11):1115-8. PMID:2241519.
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. [citado em 2017 Jan 10]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 149/GM/MS de 3 de fevereiro de 2016. *Diário Oficial da União [Internet]*, Brasília, DF, 4 fev. 2016 [citado em 2017 Jan 10]. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/formularios\\_portaria\\_n149\\_hanseniose.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/formularios_portaria_n149_hanseniose.pdf)
7. Gomes CCD, Pontes MAA, Gonçalves HS, Penna GO. Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes diagnosticados com hanseníase em um centro de referência na Região Nordeste do Brasil. *An Bras Dermatol.* 2005;80(Supl 3):S283-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S0365-05962005001000004>.
8. Martins MA. Qualidade de vida em portadores de hanseníase [tese]. Campo Grande (MT): Universidade Católica Dom Bosco; 2009.
9. Hinrichsen SL, Pinheiro MRS, Jucá MB, Rolim H, Danda GJN, Danda DMR. Aspectos epidemiológicos da hanseníase na cidade de Recife, PE em 2002. *An Bras Dermatol.* 2004;79(4):413-21. <http://dx.doi.org/10.1590/S0365-05962004000400003>.
10. Lima HMN, Sauaia N, Costa VRL, Coelho GT No, Figueiredo PMS. Perfil epidemiológico dos pacientes com hanseníase atendidos em Centro de Saúde em São Luís, MA. *Rev. Bras. Clin. Med.* 2010;8(4):23-327.
11. Brasil. Ministério da Saúde. SINAN-NET. Indicador de morbidade: Hanseníase [Internet]. Brasília: Sala de Situação em Saúde; 2014 [citado em 2017 Jan 10]. Disponível em: <http://sage.saude.gov.br/>
12. Ferreira IN, Alvarez RR. Leprosy in patients under fifteen years of age in the city of Paracatu - MG (1994 to 2001). *Rev Bras Epidemiol.* 2005;8(1):41-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2005000100006>.
13. Gerhardt TE. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. *Cad Saude Publica.* 2006;22(11):2449-63. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006001100019>.
14. Martins PV, Caponi S. Hanseníase, exclusão e preconceito: história de vida de mulheres em Santa Catarina. *Cien Saude Colet.* 2010;15(1):1047-54.
15. Ribeiro JAF, Vieira MA, Caldeira AP. Perfil epidemiológico da hanseníase em uma cidade endêmica no Norte de Minas Gerais. *Rev Bras Clin Med.* 2012;10(4):272-7.
16. Melão S, Blanco LF, Mounzer N, Veronezi CC, Simões PW. Perfil epidemiológico dos pacientes com Hanseníase no extremo sul de Santa Catarina, no período de 2001 a 2007. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2011;44(1):79-84. PMID:21340414.
17. Silva RA So, Mathias TAF. Perspectivas de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública no Estado do Paraná, Brasil. *Cad Saude Publica.* 2008;24(2):303-14. PMID:18278277.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Governo do Distrito Federal. Hanseníase: protocolo de atendimento. Brasília: Subsecretaria de Vigilância à Saúde; 2007.
19. Mello RS, Popoaski MCP, Nunes DH. Perfil dos pacientes portadores de Hanseníase na Região Sul do Estado de Santa Catarina no período de 01 de janeiro de 1999 a 31 de dezembro de 2003. *Arq Catarinenses Med.* 2006;35:29-36.

## Contribuição dos autores

Alace da Silva Peres e Hellen de Paula Silva Rocha: Elaboração do projeto de pesquisa, coleta e análise dos dados. Amanda Figueiredo Vale de Aquino, Bruna Correa de Mira, Karine de Paula Martins da Cruz e Paula Carolina Lima de Aviz: Análise dos dados, discussão e conclusão. Ana Caroline Guedes Souza Martins: Análise dos dados, discussão, conclusão e formatação do trabalho para publicação. Antônia Margareth Moita Sá: Orientadora da pesquisa.