



**Relatório de Monitoramento**  
**Programa Nacional de Controle da Hanseníase - PNCH**

**TC nº 001.876/2009-0**

**Fiscalis nº 13/2009**

**Ministro Relator:** Marcos Vilaça

**Modalidade de fiscalização:** Monitoramento (art. 243 do RI/TCU)

**Ato originário:** Acórdão TCU nº 746/2008–Plenário

**Objetivo:** Monitorar a implementação das deliberações do Acórdão TCU nº 2.259/2006–Plenário, referente à Auditoria Operacional realizada no Programa Nacional de Controle da Hanseníase.

**Ato de designação:** Portarias Seprog/TCU nº 18, de 260/1/2009, e nº 199, de 09/02/2009.

**Período abrangido pelo monitoramento:** 2006 a 2008.

**Período de realização do monitoramento:**

Planejamento: 26/01/2009 a 06/02/2009

Execução e relatório: 09/03/2009 a 27/03/2009

**Composição da equipe:**

| <u>Analista</u>                      | <u>Matrícula</u> | <u>Lotação</u> |
|--------------------------------------|------------------|----------------|
| Bruno de Souza Machado (coordenador) | 6545-5           | Seprog         |
| Mayalu Tameirão Azevedo              | 6554-4           | Seprog         |
| Paulo Gomes Gonçalves (supervisor)   | 4553-5           | Seprog         |

**Unidade:** Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS

**Vinculação ministerial:** Ministério da Saúde

**Vinculação no TCU:** 4ª Secex

Gerson Penna, Secretário de Vigilância em Saúde

CPF: 083.733.102-15

Período: desde 3/5/2005

Maria Aparecida de Faria Grossi, Coordenadora do PNCH

CPF: 253.815.206-20

Período: desde 1/1/2009



### **Lista de siglas**

|        |  |
|--------|--|
| ANOp   | Auditoria de Natureza Operacional                              |
| DAB    | Departamento de Atenção Básica                                 |
| DAF    | Departamento de Assistência Farmacêutica                       |
| Incra  | Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária            |
| OMS    | Organização Mundial da Saúde                                   |
| PAVS   | Programação Anual de Vigilância em Saúde                       |
| PNCH   | Programa Nacional de Controle da Hanseníase                    |
| PQT    | Poliquimioterapia  |
| Seprog | Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo |
| SIA    | Sistemas de Informações Ambulatoriais                          |
| SIH    | Sistema de Informações Hospitalares                            |
| Sinan  | Sistema de Informações de Agravos de Notificação               |
| SUS    | Sistema Único de Saúde   |
| SVS    | Secretaria de Vigilância em Saúde                              |
| TCU    | Tribunal de Contas da União                                    |

## Lista de ilustrações

### *Gráficos*

|  |    |
|--|----|
| Gráfico 1 – Série histórica de casos novos de hanseníase no Brasil, de 1990 a 2008. ....   | 7  |
| Gráfico 2 – Série histórica de casos novos de hanseníase em menores de 15 anos no Brasil, de 1994 a 2007. ....   | 8  |
| Gráfico 3 – Série histórica do coeficiente de prevalência de hanseníase no Brasil, para cada 10 mil habitantes, de 1990 a 2007. ....   | 9  |
| Gráfico 4 – Percentual de contatos intradomiciliares examinados, no Brasil de 2003 a 2008. ....  | 10 |
| Gráfico 5 – Histórico orçamentário da ação Vigilância, Prevenção e Controle da Hanseníase (6185), de 2005 a 2008. ....   | 10 |
| Gráfico 6 – Disponibilização de auxílio para alimentação e transporte a pacientes portadores de hanseníase em tratamento. ....   | 14 |
| Gráfico 7 – Disponibilização de auxílio para alimentação e transporte a pacientes portadores de hanseníase em tratamento. ....   | 15 |
| Gráfico 8 – Existência de ações de inserção no mercado de trabalho voltadas a pacientes portadores de hanseníase. ....   | 18 |
| Gráfico 9 – Percepção sobre a abordagem do tema hanseníase em campanhas e cursos. ....   | 20 |
| Gráfico 10 – Grau de dificuldade na aplicabilidade dos critérios definidos pela Portaria SVS/MS nº 11/2006 para o credenciamento de unidades de saúde como centro de referência estadual. .... | 27 |

### *Tabelas*

|  |    |
|--|----|
| Tabela 1 – Agrupamento das recomendações do Acórdão TCU nº 2.259/2006-Plenário. ....   | 7  |
| Tabela 2 – Participação do Brasil no número de novos casos de hanseníase na Américas, total e em menores de 15 anos, em 2006. .... | 9  |
| Tabela 3 – Situação de implementação das recomendações do Acórdão TCU nº 2.259/2006-Plenário, por item, em 2009. ....              | 34 |

## Sumário

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1. Introdução .....</b>  | <b>6</b>  |
| Antecedentes .....  | 6         |
| Metodologia adotada neste monitoramento .....   | 6         |
| <b>2. Visão geral da ação .....</b>   | <b>7</b>  |
| <b>3. Articulações e parcerias necessárias ao desenvolvimento do programa .....</b>       | <b>11</b> |
| Diagnóstico da auditoria do TCU em 2005 .....   | 11        |
| Deliberações do TCU para aperfeiçoar o programa .....                                     | 11        |
| Situação encontrada pelo TCU durante o monitoramento em 2009 .....                        | 12        |
| Recomendação 9.1.1 – em implementação .....   | 12        |
| Recomendação 9.1.2.2 – não implementada .....   | 13        |
| Recomendação 9.1.5 – em implementação .....   | 14        |
| Recomendação 9.4 – não implementada .....   | 14        |
| Recomendação 9.1.2.3 – em implementação .....   | 15        |
| Recomendação 9.3 – em implementação .....   | 15        |
| Recomendação 9.2.1 – não implementada .....   | 17        |
| <b>4. Ações de educação em hanseníase .....</b>   | <b>18</b> |
| Diagnóstico da auditoria do TCU em 2005 .....   | 18        |
| Deliberações do TCU para aperfeiçoar o programa .....                                     | 18        |
| Situação encontrada pelo TCU durante o monitoramento em 2009 .....                        | 19        |
| Recomendação 9.1.2.8 – implementada .....   | 19        |
| Recomendação 9.1.2.4 – em implementação .....   | 19        |
| Recomendação 9.1.2.5 – em implementação .....   | 19        |
| Recomendação 9.1.2.6 – em implementação .....   | 19        |
| Recomendação 9.1.2.7 – em implementação .....   | 19        |
| <b>5. Assessoramento técnico, capacitação e integração com estados e municípios .....</b> | <b>22</b> |
| Diagnóstico da auditoria do TCU em 2005 .....   | 22        |
| Deliberações do TCU para aperfeiçoar o programa .....                                     | 22        |
| Situação encontrada pelo TCU durante o monitoramento em 2009 .....                        | 23        |
| Recomendação 9.1.3 – implementada .....   | 23        |
| Recomendação 9.1.4 – implementada .....   | 23        |
| Recomendação 9.1.2.1 – em implementação .....   | 24        |
| Recomendação 9.1.8 – não implementada .....   | 25        |
| Recomendação 9.1.11 – não implementada .....  | 28        |
| Recomendação 9.1.6 – implementada .....   | 28        |
| Recomendação 9.1.7 – implementada .....   | 28        |
| <b>6. Sistemas de informação e indicadores de desempenho .....</b>                        | <b>30</b> |
| Diagnóstico da auditoria do TCU em 2005 .....   | 30        |
| Deliberações do TCU para aperfeiçoar o programa .....                                     | 30        |
| Situação encontrada pelo TCU durante o monitoramento em 2009 .....                        | 31        |
| Recomendação 9.1.10 – implementada .....  | 31        |
| Recomendação 9.1.13 – implementada .....  | 31        |
| Recomendação 9.1.12 - em implementação .....  | 32        |
| Recomendação 9.2.2 - em implementação .....   | 32        |
| Recomendação 9.1.9 - em implementação .....   | 32        |
| <b>7. Análise dos Comentários dos Gestores .....</b>                                      | <b>33</b> |
| <b>8. Conclusão .....</b>   | <b>34</b> |
| <b>9. Proposta de Encaminhamento .....</b>  | <b>35</b> |



|   |           |
|---|-----------|
| <b>Apêndice A – Acórdão TCU nº 2.259/2006-Plenário .....</b>  | <b>37</b> |
| <b>Apêndice B – Aspectos constantes do instrutivo para acompanhamento das metas de controle da hanseníase e monitoramento das ações pactuadas na PAVS. ....</b> | <b>40</b> |
| <b>Apêndice C – Breve histórico do controle da Hanseníase no Brasil.....</b>  | <b>41</b> |
| <b>Notas de fim .....</b>   | <b>43</b> |

## **1. Introdução**

### **Antecedentes**

1. No segundo semestre de 2005, o Tribunal de Contas da União – TCU realizou Auditoria de Natureza Operacional – ANOp no Programa Nacional de Controle da Hanseníase – PNCH (TC 012.489/2005-2). As ações desse programa são gerenciadas pela Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS e executadas por estados e municípios. O programa segue a recomendação da Organização Mundial de Saúde – OMS que estabelece como meta uma taxa de prevalência da doença de menos de 1 caso para cada 10 mil habitantes.

2. A auditoria verificou se as ações do PNCH vinham proporcionando de forma sustentada a precocidade no diagnóstico da doença e a eficácia no tratamento de pacientes e na sua reabilitação física e social, além de se verificar se o programa atendia equitativamente aos grupos populacionais mais suscetíveis. Também foram levantadas boas práticas de gestão a partir das experiências locais.

3. As principais constatações da auditoria foram: a) deficiências na execução das ações de controle e eliminação da hanseníase atribuídas à atenção básica; b) insuficiência das ações de educação e mobilização social a respeito da doença; c) dificuldades de articulação entre as esferas de governo e entre programas do setor saúde; d) reduzida capacidade de estados e municípios prioritários para executar as ações de reabilitação física e social dos sequelados; e) realização, pelos Centros de Referência, de atividades que seriam de competência das unidades básicas; e f) deficiências relativas à operacionalização do Sistema de Informações de Agravos de Notificação – Sinan.

4. A apreciação da auditoria pelo TCU resultou no Acórdão nº 2.259/2006, Ata nº 48/2006, quando foram proferidas determinações e recomendações com a finalidade de aperfeiçoar a implementação e controle das ações do PNCH (Anexo A). Este trabalho inicia o ciclo de monitoramento do Acórdão TCU nº 2.259/2006-Plenário, apresentando o estágio de implementação das deliberações desta Corte de Contas três anos após a realização da auditoria operacional.

### **Metodologia adotada neste monitoramento**

5. A metodologia adotada neste trabalho compreendeu: a) entrevistas com os gestores do programa; b) análise documental, a partir de informações disponibilizadas pela Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle da hanseníase – CGPNCH em resposta às diligências da equipe de monitoramento, bem como da revisão da legislação e de manuais relativos ao funcionamento do programa e de consulta a sistemas informatizados da SVS, este último com o objetivo de levantar a evolução do número de casos de hanseníases e dos indicadores do programa; e c) pesquisa eletrônica com todos os 27 coordenadores estaduais de hanseníase (20 responderam ao questionário – taxa de resposta de 74%).

6. Para fins de estruturação do relatório, as 24 deliberações do Acórdão TCU nº 2.259/2006-Plenário foram agrupadas em quatro categorias: i) articulações e parcerias necessárias ao desenvolvimento do programa; ii) divulgação do PNCH; iii) assessoramento técnico, capacitação e integração com estados e municípios; e iv) sistemas de informação e indicadores de desempenho (Tabela 1).

Tabela 1 – Agrupamento das recomendações do Acórdão TCU nº 2.259/2006-Plenário.

| Perfil das medidas propostas  | Qtde.     | %           |
|---|-----------|-------------|
| Articulações e parcerias necessárias ao desenvolvimento do programa ( <i>Capítulo 3</i> )       | 7         | 29%         |
| Ações de educação em hanseníase ( <i>Capítulo 4</i> )   | 4         | 17%         |
| Assessoramento técnico, capacitação e integração com estados e municípios ( <i>Capítulo 5</i> ) | 8         | 33%         |
| Sistemas de informação e indicadores de desempenho ( <i>Capítulo 6</i> )                        | 5         | 21%         |
| <b>Total</b>  | <b>24</b> | <b>100%</b> |

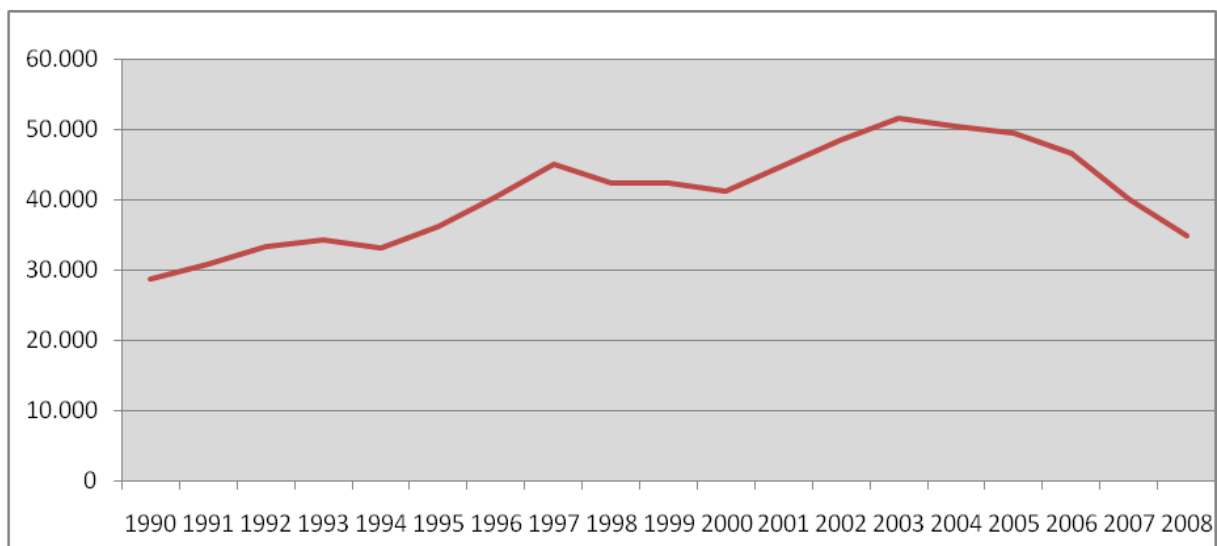
Fonte: Tribunal de Contas da União (Relatório de Auditoria – TC 012.271/2003-0, Acórdão nº 2259/2005-Plenário).

7. A determinação relativa ao item 9.6 do Acórdão 2.259/2006-Plenário se encontra cumprida tendo em vista as providências do gestor no encaminhamento de informações relativas ao Plano de Ação, por meio dos ofícios nº 557/GAB/SVS/MS, de 19/03/2007, e nº 2143/GAB/SVS/MS, de 07/08/2007. A recomendação 9.5 do Acórdão não será objeto de monitoramento porque diz respeito à criação de Grupo de Contato.

## 2. Visão geral da ação

8. Segundo informações obtidas no Sistema Nacional de Agravos de Notificação - Sinan, do Ministério da Saúde, o número de casos de hanseníase no Brasil passou de cerca de 29 mil casos em 1990 para aproximadamente 35 mil em 2008, conforme Gráfico 1. No Apêndice C é apresentado um breve histórico do controle da hanseníase no Brasil

Gráfico 1 – Série histórica de casos novos de hanseníase no Brasil, de 1990 a 2008.



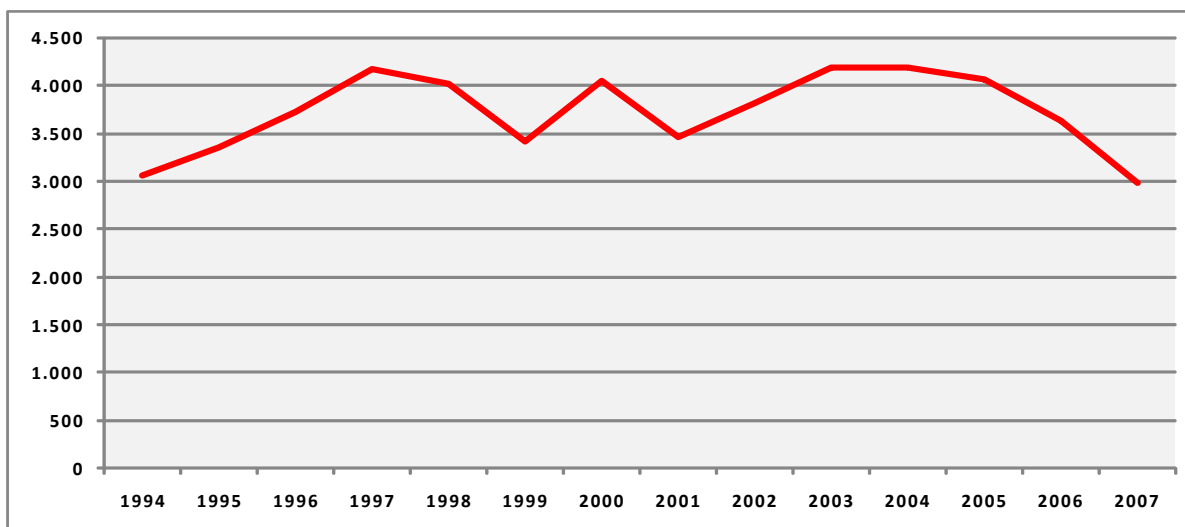
Fonte: Sinan.

9. O formato do gráfico permite identificar dois comportamentos distintos na série histórica do total de casos novos de hanseníase. O primeiro refere-se ao crescimento no número de casos que vai de 1990 até o final de 2003. Nesse período há um aumento de quase

80% no total de casos. O segundo comportamento inicia-se em 2004 e segue até 2008, com a queda contínua desses casos, representando redução de 32%.

10. Além do número total de casos, outro indicador importante para compreender a situação da hanseníase é o número de casos novos em menores de 15 anos. De acordo com a Nota Técnica nº 10/2007/PNCH/DEVEP/SVS/MS (Anexo I do processo, fls. 91-93), esse é o principal indicador epidemiológico para o controle da Hanseníase, expressando a transmissão recente da doença e os focos ativos de transmissão. Pelo Gráfico 2 é possível perceber um comportamento irregular de 1994 até 2003, com aumentos e diminuições nos valores de casos novos em menores de 15 anos. Pode-se dizer que a partir desse ano, os números apresentam uma queda contínua.

Gráfico 2 – Série histórica de casos novos de hanseníase em menores de 15 anos no Brasil, de 1994 a 2007.



Fonte: Sinan.

11. Segundo Nota Técnica sem nº/2008 PNCH/DEVEP/SVS/MS (Anexo I do processo, fls. 93verso/94), considerando que a detecção em menores de 15 anos indica transmissão recente por fontes ativas, esse indicador deve ser priorizado no monitoramento da doença para que se obtenham resultados efetivos na eliminação de fontes de contágio ainda não detectadas. Percebe-se assim a importância da redução do número de casos nessa faixa etária e a necessidade de um controle mais efetivo sobre esse indicador.

12. De acordo com o Relatório de Gestão do PNCH 2007/2008, a meta de reduzir em 10% o coeficiente de detecção em menores de 15 anos foi inserida no Programa Mais Saúde: Direito de Todos – 2008/2011, o que denota a importância desse indicador. Estudos de tendência realizados pelo Ministério da Saúde mostram a desaceleração na ocorrência de casos novos em crianças, no entanto, ainda existem no Brasil muitas áreas endêmicas, com aglomerados de casos e elevada incidência em menores de 15 anos.

13. Apesar da tendência de queda no número de casos novos em menores de 15 anos, segundo dados da Organização Mundial de Saúde – OMS, o Brasil possui aproximadamente 96% dos casos de hanseníase nessa faixa etária na região das Américas. Em 2006, dos 3.655 casos diagnosticados, 3.513 foram em crianças brasileiras. A Tabela 2, extraída de reportagem especial realizada pelo Diário de Pernambuco em 2006, apresenta esses dados.

Tabela 2 – Participação do Brasil no número de novos casos de hanseníase na Américas, total e em menores de 15 anos, em 2006.

| <b>Casos novos (Américas)</b> |               |                           |
|-------------------------------|---------------|---------------------------|
| <b>País</b>                   | <b>Casos</b>  | <b>Menores de 15 anos</b> |
| <b>Brasil</b>                 | <b>44.436</b> | <b>3.513</b>              |
| Argentina                     | 412           | 4                         |
| Paraguai                      | 404           | 11                        |
| Colômbia                      | 398           | 14                        |
| México                        | 243           | 2                         |
| Cuba                          | 183           | 1                         |
| <b>TOTAL*</b>                 | <b>47.612</b> | <b>3.655</b>              |

Fonte: Jornal Diário de Pernambuco.

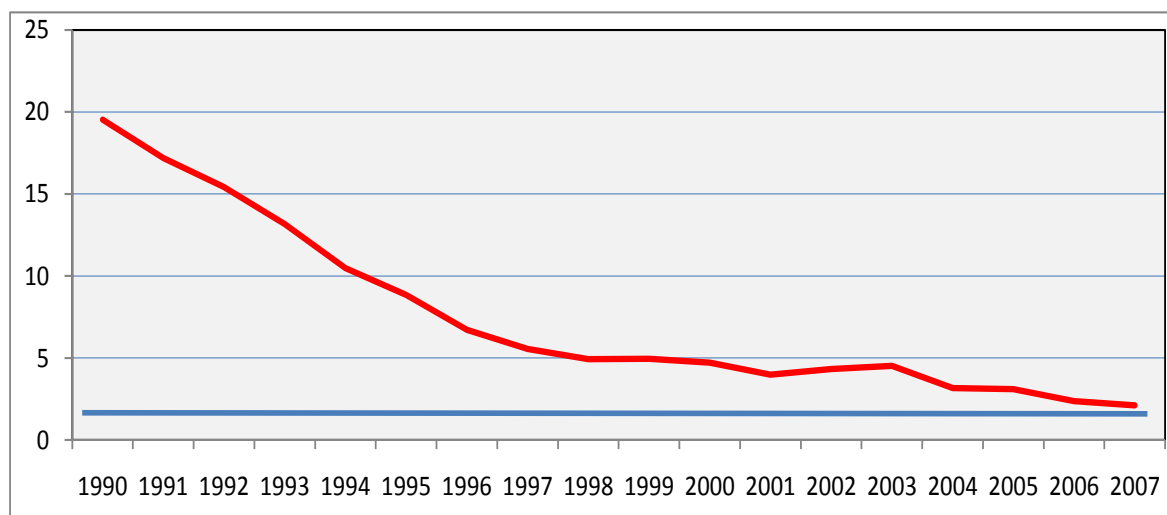
\*Inclui os seis países com maior incidência em casos absolutos na região das Américas. São no total 26 países.

14. Segundo a reportagem citada no parágrafo anterior,

a estatística infanto-juvenil representa o dado epidemiológico mais importante. Mede o grau de expansão da doença, confirma a existência de pacientes sem tratamento e indica a gestação de uma tragédia: o garoto de hoje tende a tornar-se o adulto indesejável, discriminado ou abandonado de amanhã. Já existe tratamento e cura para a hanseníase; para o preconceito contra ela, não.

15. Conforme critério estabelecido pela OMS, a hanseníase é considerada eliminada quando a doença possui registro de menos de um caso para cada 10 mil habitantes por ano, meta que o Brasil ainda não alcançou. O Gráfico 3 ilustra o comportamento do coeficiente de prevalência da hanseníase no Brasil, no período de 1990 a 2007.

Gráfico 3 – Série histórica do coeficiente de prevalência de hanseníase no Brasil, para cada 10 mil habitantes, de 1990 a 2007.



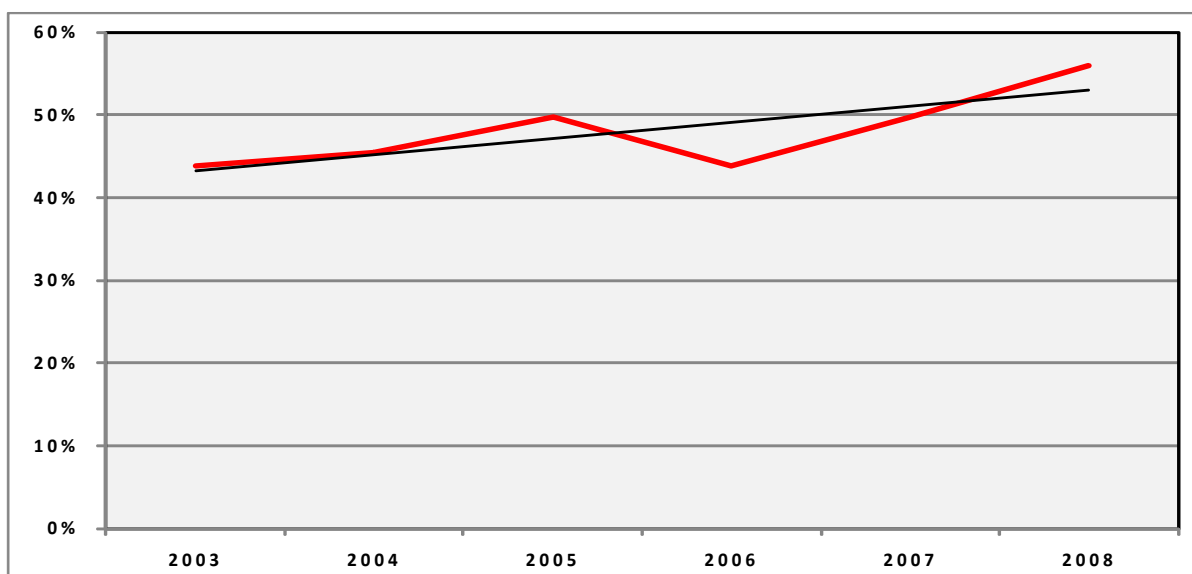
Fonte: Sinan.

16. Outro indicador que precisa ser analisado é o percentual de contatos intradomiciliares examinados. Pela definição, contato intradomiciliar é toda pessoa que resida ou tenha residido com o paciente nos últimos cinco anos. Uma vez identificados, os contatos do portador de hanseníase devem ser submetidos ao exame dermatoneurológico. Os contatos, cujo diagnóstico de hanseníase seja confirmado, devem receber tratamento específico. Já

aqueles sem diagnóstico, devem receber informações sobre a doença, e sobre a necessidade de ficarem atentos ao aparecimento de sinais e sintomas da hanseníase, devendo neste caso procurar a unidade de saúde.

17. Segundo informações contidas no endereço eletrônico do Ministério da Saúde (Anexo I do processo, fl. 117-A), o indicador apresenta uma tendência de crescimento, como pode ser percebido pelo Gráfico 4. É importante ressaltar que apesar dessa tendência, os valores ainda para 2008 podem ser considerados baixos.

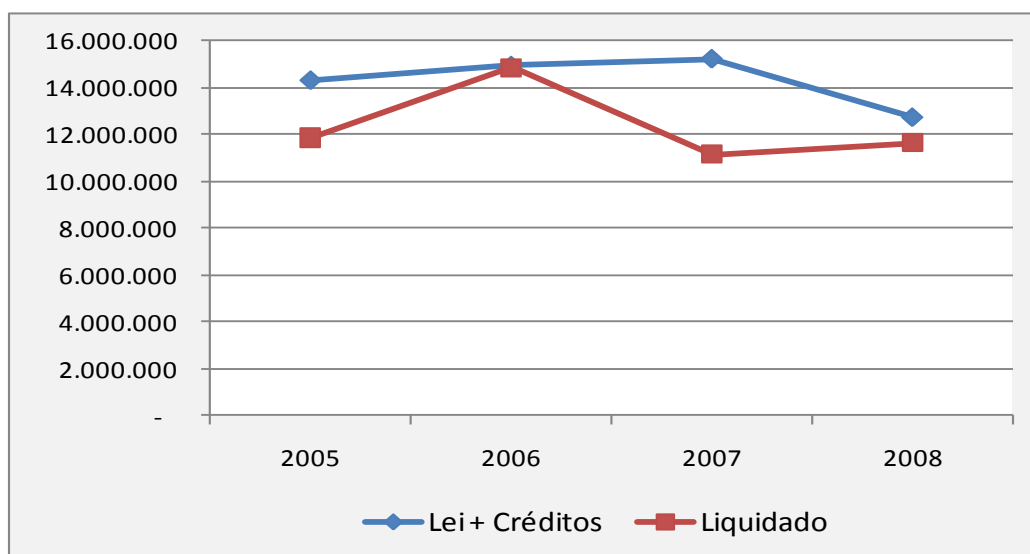
Gráfico 4 – Percentual de contatos intradomiciliares examinados, no Brasil de 2003 a 2008.



Fonte: Ministério da Saúde.

18. No quadriênio 2005-2008, a ação Vigilância, Prevenção e Controle da Hanseníase (6185) apresentou execução orçamentária média da ordem de 87% dos valores alocados pela Lei Orçamentária, com despesa liquidada de R\$ 49,5 milhões.

Gráfico 5 – Histórico orçamentário da ação Vigilância, Prevenção e Controle da Hanseníase (6185), de 2005 a 2008.



Fonte: Banco de dados de execução orçamentária da Câmara dos Deputados.

### 3. Articulações e parcerias necessárias ao desenvolvimento do programa

#### Diagnóstico da auditoria do TCU em 2005

19. Durante a auditoria, foi verificada uma incipiente integração entre os setores responsáveis pelas ações da hanseníase com o Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária – Incra, Fundação Nacional de Saúde – Funasa e Exército. Esses órgãos poderiam auxiliar nas ações de diagnóstico e tratamento, além de recuperação de casos em locais de difícil acesso, como assentamentos e áreas indígenas. Constatou-se também necessidade de aprimoramento da articulação do PNCH com a assistência farmacêutica, para evitar a falta de medicamentos, especialmente os necessários ao tratamento das reações adversas.

20. Outra constatação feita durante a fiscalização é inerente à condição econômica da grande parte dos portadores da hanseníase. São pessoas de baixo poder aquisitivo, muitas vezes com dificuldades financeiras de ir até mesmo à unidade de saúde receber a cartela de medicamentos. Assim, muitos acabavam abandonando o tratamento e permanecendo como focos ativos da doença. Além disso, o comprometimento da força de trabalho causado pela invalidez resultante da doença dificultava a sua inserção ou manutenção no mercado de trabalho. O desemprego diminuía a autoestima das pessoas atingidas pela hanseníase, resultando em maior demanda por ações de assistencialismo social. A articulação com órgãos de assistência social e de qualificação de mão de obra poderia minimizar a situação dessas pessoas e permitir, além da cura, uma melhor condição de vida.

21. A auditoria apontou ainda que as ações de reabilitação física e social se revelavam incipientes. Na maioria dos centros de referência e em parte das unidades básicas de saúde, as atividades eram realizadas de forma isolada, inexistindo equipe integrada de trabalho para conduzir os aspectos multidisciplinares que envolvem a reabilitação do paciente.

#### Deliberações do TCU para aperfeiçoar o programa

22. Diante da situação encontrada, com o intuito de incrementar a articulação da SVS com outros órgãos e entidades no auxílio à execução das ações do PNCH, o Acórdão TCU n.º 2.259/2006-Plenário recomendou aquela Secretaria a adoção das seguintes medidas:

**Recomendação 9.1.1** – estabeleça parcerias com o Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária - Incra (para atuação em assentamentos), a Fundação Nacional de Saúde - Funasa e o Exército, além de outros, como forma de aumentar a identificação de novos casos de hanseníase e resgate de abandonos de tratamento;

**Recomendação 9.1.2.2** – oriente as coordenações estaduais e municipais no sentido de promover ações de integração com os órgãos de assistência social de modo a prestar serviços de transporte e alimentação aos pacientes em tratamento, visando garantir sua reabilitação;

**Recomendação 9.1.2.3** – oriente as coordenações estaduais e municipais no sentido de intensificar a articulação com a assistência farmacêutica para aperfeiçoar a aquisição e distribuição de medicamentos para o tratamento das reações, naquilo que couber;

**Recomendação 9.1.5** – busque articulação com outros programas de governo voltados à reabilitação física e social de pacientes, de forma a promover ações

integradas e específicas para o atendimento de pacientes portadores de incapacidades e deformidades;

**Recomendação 9.2.1** – em conjunto com as Secretarias Estaduais de Saúde – SES, identifiquem e realizem parcerias com instituições públicas ou privadas para a inserção dos pacientes no mercado de trabalho, levando em consideração suas condições físicas e a importância do trabalho como fator de integridade pessoal e provimento de sustento;

**Recomendação 9.3** – em conjunto com o Departamento de Atenção Básica - DAB, que criem mecanismos capazes de incentivar e controlar as visitas médicas domiciliares, no intuito de incrementá-las, de forma consonante com a expansão da cobertura populacional do PSF;

**Recomendação 9.4** – implemente, em conjunto com as secretarias estaduais e municipais de saúde, o processo de referência de hospitais universitários, estabelecendo-se uma linha de ação em reabilitação física para as pessoas atingidas pela hanseníase, tendo como pressupostos o atendimento às Portarias nos 586 e 587/GM/MS, de 6 de abril de 2004, e a consulta a atores envolvidos, tais como Conselho Federal de Medicina - CFM, Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM, Sociedades e Associações Médicas e Hospitalares.

## **Situação encontrada pelo TCU durante o monitoramento em 2009**

### **Recomendação 9.1.1 – em implementação**

23. No Relatório de Gestão do PNCH 2007-2008 (Anexo I do processo, fl. 20-verso), há informação de articulação do programa com o Inbra visando a cobertura de áreas de assentamentos que, em razão de suas condições estruturais, apresentam risco elevado para transmissão da doença. O documento faz menção às seguintes propostas de atuação: a) potencializar as ações de mobilização nas áreas de assentamento já realizadas pelo Inbra com as de assistência à saúde; b) elaborar diagnóstico situacional de saúde nos assentamentos; c) capacitar técnicos do Inbra em relação às doenças mais prevalentes em suas áreas de atuação.

24. A SVS apresentou também relatório síntese da Oficina de Sistematização da Vigilância Epidemiológica e Assistência aos Agravos de Malária, Hanseníase e Leishmanioses em Áreas de Assentamentos da Amazônia Legal, que contou com a participação de gestores e técnicos de instituições que atuam em assentamentos, realizado em Brasília nos dias 29 e 30 de março de 2008 (Anexo I do processo, fls. 58-61). Entre as propostas de atuação sugeridas ao final da oficina, destacam-se: a) inclusão de informações no Sinan sobre a situação desses agravos em assentamentos, a partir da construção da base de sua localização; b) estabelecimento de parceria com escolas e lideranças dos assentamentos, para que possam receber capacitação técnica em Saúde; c) expansão das ações de Saúde da Família nos estados do Pará, Amapá e Tocantins para dar suporte ao trabalho de atenção básica às famílias assentadas; d) maior integração entre os profissionais do Inbra e das secretarias estaduais de saúde; e) ampliação de capacitações às equipes do Saúde da Família em hanseníase, malária e leishmaniose.

25. Em entrevista à equipe de monitoramento, a gestora do PNCH enfatizou o avanço obtido na articulação com o Inbra, onde já há participação ativa em atividades do programa, inclusive nas oficinas de monitoramento e avaliação.

26. As informações transmitidas pela gestora ao lado das constantes do relatório de gestão permitem concluir que a coordenação do programa reconhece a importância do

trabalho integrado com outros órgãos. A realização de reuniões com o Incra, a participação de seus técnicos em oficinas de monitoramento e avaliação promovidas pela SVS, além da proposta de capacitação desses servidores em temas relativos à hanseníase vão ao encontro dos objetivos do TCU com a recomendação proferida. Entende-se assim que a **recomendação 9.1.1 está em implementação.**

#### **Recomendação 9.1.2.2 – não implementada**

27. A atual gestora do PNCH se manifesta contrária à recomendação de concessão de auxílio transporte e alimentação por entender que esse meio não reabilita e não garante regularidade e finalização do tratamento. Na opinião da gestora, para ter direito a esses benefícios a pessoa deveria cumprir requisitos de renda, independentemente de possuir hanseníase, tuberculose ou qualquer outra doença.

28. Como argumento, aponta três experiências que fracassaram nesse sentido. No Estado do Rio de Janeiro, os pacientes postergavam a conclusão do tratamento para não perder o benefício. No Estado de Rondônia, uma parceria com o Lions Clube garantia acesso à cesta de alimentos para pacientes hipossuficientes, sendo que outros pacientes que não se encontravam nessa condição reivindicaram também o benefício, não compreendendo que se tratava de uma ação de equidade e não universal. Ainda em Rondônia, foi realizada parceria com uma organização não governamental para concessão de auxílio transporte aos pacientes sem regularidade no tratamento, sendo que não foram sanadas as irregularidades de presença tanto no tratamento como no exame dermatoneurológico na família, porque eles alegavam que tinham utilizado o vale transporte para outro fim. Para alcançar o objetivo da recomendação do TCU, a gestora entende ser mais eficiente a descentralização das ações de controle da hanseníase para Unidades Básicas de Saúde ou de Estratégia de Saúde da Família, de maneira a ofertar atendimento próximo à casa do paciente.

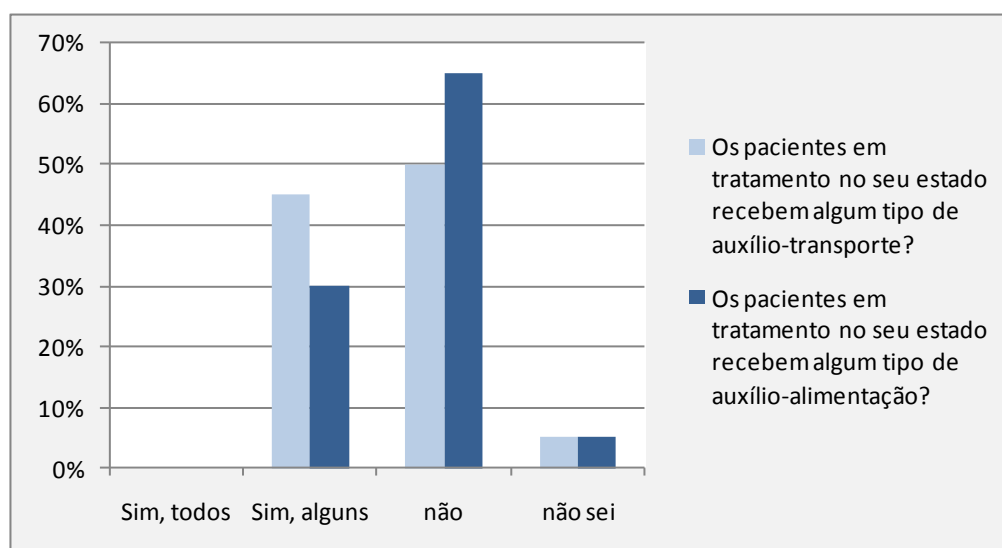
29. Analisando-se as ponderações da gestora, cabe ressaltar que, de fato, as normas e orientações do Ministério da Saúde preconizam que o atendimento e tratamento dos pacientes portadores de hanseníase sejam realizados o mais próximo possível às suas respectivas residências e estejam vinculados à atuação das Equipes de saúde da Família. Isso é evidenciado pela Portaria Conjunta nº 125, de 26/03/2009, da SVS e da Secretaria de Atenção à Saúde – SAS, que menciona, em seu Item 4 do Anexo, ser de responsabilidade da unidade básica de saúde dispor do tratamento completo para cada caso de hanseníase, conforme faixa etária e classificação operacional, na forma de esquema de Poliquimioterapia. O paciente deveria ser encaminhado ao nível de maior complexidade apenas na presença de intercorrências clínicas, reações adversas ao tratamento, reações hansênicas, recidivas e necessidade de reabilitação cirúrgica, além de dúvidas no diagnóstico e na conduta. Além disso, importa mencionar que o Guia para o Controle da Hanseníase<sup>i</sup>, publicado pelo Ministério da Saúde em 2002, atribui ao agente comunitário de saúde o papel de realizar busca de faltosos ao tratamento e fazer supervisão da dose medicamentosa, em domicílio.

30. Ocorre que a publicação Hanseníase e direitos humanos: direitos e deveres dos usuários do SUS<sup>ii</sup>, também do Ministério da Saúde, no item que trata do Apoio da Assistência Social, menciona que “Qualquer profissional da equipe de Saúde, em especial da enfermagem ou da assistência social pode tomar as seguintes iniciativas: (...) buscar incentivos para evitar o abandono do tratamento, por meio de ações que facilite o ir e vir do paciente, através de vales transportes, alimentação e outras ações”. Assim, não subsiste a argumentação da gestora contrária ao mérito da recomendação 9.1.2.2, que trata exatamente de prover esse tipo de

apoio ao paciente portador de hanseníase, conforme recomendável em publicação de autoria do próprio Ministério da Saúde, não necessariamente financiado diretamente pelo programa, mas estimulado por ele junto aos executores locais.

31. Na pesquisa realizada pelo TCU com coordenadores estaduais do programa da hanseníase, foi apontado que, de 20 respondentes, nove (45%) mencionaram que pacientes em tratamento recebiam auxílio-transporte e seis (30%) que recebiam auxílio-alimentação. Esses benefícios não eram concedidos a todos os pacientes, mas a alguns. Não foi objetivo de a pesquisa levantar os critérios de concessão utilizados em cada estado.

Gráfico 6 – Disponibilização de auxílio para alimentação e transporte a pacientes portadores de hanseníase em tratamento.



Fonte: pesquisa eletrônica com coordenadores estaduais de hanseníase, março/abril de 2009.

32. Considera-se, portanto, que a recomendação do TCU é aplicável, até porque há estados que já oferecem esse tipo de benefício ao paciente em tratamento, como foi apontado na pesquisa realizada pelo Tribunal. Cabe registrar que faz parte do poder discricionário do gestor federal a não adoção de medidas em fomentar a integração proposta pela recomendação 9.1.2.2, por não concordar com ela. Entende-se assim que a **recomendação 9.1.2.2 encontra-se não implementada**.

#### **Recomendação 9.1.5 – em implementação**

#### **Recomendação 9.4 – não implementada**

33. O TCU também teceu recomendações à SVS no sentido de aperfeiçoar a oferta de reabilitação física ao paciente com hanseníase, inclusive por meio da referenciação de hospitais universitários no provimento desse serviço.

34. Na Nota Técnica nº 06/2009/PNCH/DEVEP/SVS/MS, de agosto de 2009, a gestora relatou a criação de um Grupo de Trabalho envolvendo áreas da SAS e da SVS que tem duas finalidades precípuas: a) integrar as atividades de prevenção e de reabilitação nos serviços prestadores de outros agravos; e b) inserir códigos relacionados à hanseníase e suas sequelas presentes no Código Internacional de Doenças – CID na tabela de procedimentos financiados pelo Sistema Único de saúde – SUS, de forma que sejam faturadas pelas secretarias estaduais e municipais de saúde.

35. Não foram apresentadas iniciativas concretas em relação à referenciação de hospitais universitários, argumentando a gestora, na citada Nota Técnica, que o assunto estava em discussão visto que envolvia outra área governamental, o Ministério da Educação. Sobre esse ponto, em entrevista com a equipe de monitoramento, a gestora se limitou a informar que existiam seis Centros de Referência Nacionais: a) Alfredo da Matta, em Manaus; b) Centro de Dermatologia Dona Libânia; em Fortaleza; c) Instituto Lauro Souza Lima, em Bauru; d) Centro de Referência Nacional em Hanseníase/Dermatologia Sanitária; em Uberlândia; e) Laboratório de Hanseníase Fiocruz, no Rio de Janeiro; f) Serviço de Dermatologia do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto.

36. Ante as iniciativas apresentadas pela CGPNCH, entende-se a **recomendação 9.1.5** como **em implementação** e a **recomendação 9.4** como **não implementada**.

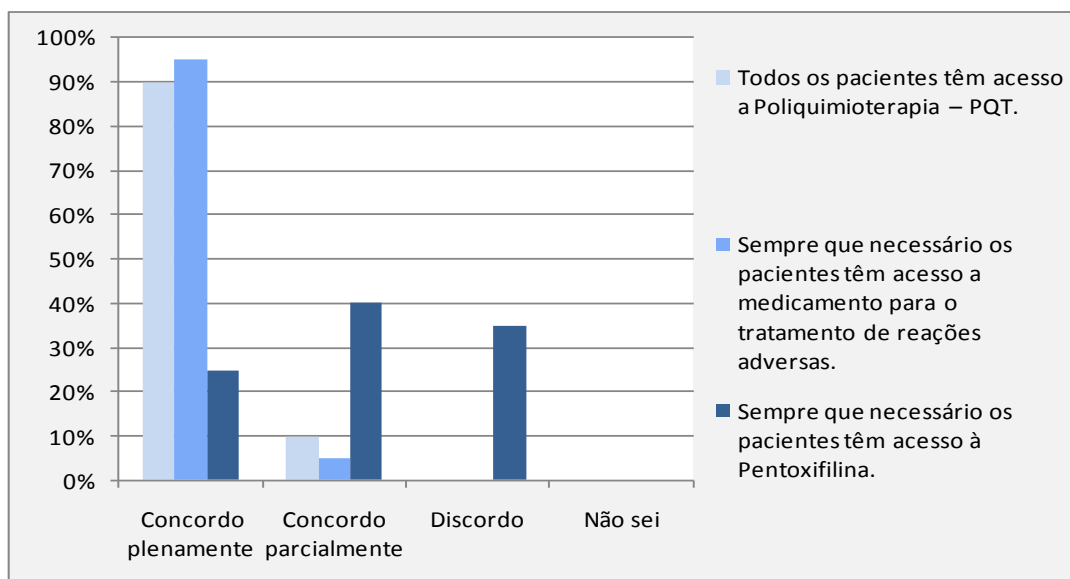
### Recomendação 9.1.2.3 – em implementação

### Recomendação 9.3 – em implementação

37. A articulação com assistência farmacêutica também foi tema de recomendação do TCU. O objetivo nesse caso foi garantir a distribuição de medicamentos para o tratamento das reações inerentes ao tratamento convencional com a Poliquimioterapia – PQT.

38. Na pesquisa eletrônica realizada pelo TCU durante o monitoramento, houve entendimento de 75% dos entrevistados de que a dificuldade relativa a medicamentos diz respeito ao acesso à Pentoxifilina. Já para 90% dos coordenadores estaduais que responderam à pesquisa, todos os pacientes têm acesso regular ao tratamento com PQT.

Gráfico 7 – Disponibilização de auxílio para alimentação e transporte a pacientes portadores de hanseníase em tratamento.



Fonte: pesquisa eletrônica com coordenadores estaduais de hanseníase, março/abril de 2009.

39. A gestora do PNCH corrobora do fato de que a principal dificuldade em relação a medicamentos refere-se à aquisição da Pentoxifilina. O medicamento é usado apenas em casos específicos, quando a mulher é intolerante ao PQT e está em idade fértil, já que a Talidomida, o substituto a PQT para quem é intolerante, causa má-formação ao feto. A gestora argumentou que o quantitativo a ser adquirido da Pentoxifilina é pequeno, fazendo

com que o fornecedor não considere comercialmente viável sua venda. O Ministério da Saúde realizou algumas licitações para sua aquisição, mas a falta de interesse comercial as tornou desertas.

40. A solução encontrada pelo Ministério foi celebrar acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS. Segundo informações fornecidas pelo DAF, o Governo Federal iria financiar a aquisição da Pentoxifilina pela OPAS ainda em 2009, em uma quantidade de 163.890 comprimidos, suficiente para cobrir o período de 12 meses. Segundo o DAF, a decisão de futuras aquisições nesse modelo dependerá da não viabilização de aquisição no mercado nacional.

41. Considerando as ações que estão em curso para o aprimoramento da aquisição de medicamentos no âmbito do PNCH, entende-se que a **recomendação 9.1.2.3 está em implementação**.

42. Outra recomendação desta Corte de Contas tratava da criação de mecanismos capazes de incrementar as visitas médicas domiciliares da Estratégia Saúde da Família – ESF. Na auditoria realizada pelo TCU em 2005, evidenciou-se, com base no Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB, que, paralelamente à ampliação da cobertura populacional do então Programa Saúde da Família, havia tendência de queda na média de visitas médicas domiciliares, enquanto a média de consultas realizadas pelos médicos nas Unidades de Saúde da Família – USF manteve-se em níveis elevados. As USF, portanto, não aparentavam ter um comportamento diferente dos antigos postos ou centros de saúde tradicionais, sem a rotina de realização de visitas domiciliares. Na época, pesquisa realizada com 61 portadores de hanseníase, residentes em municípios prioritários, revelou que 23% receberam visita médica domiciliar nos últimos meses que antecederam à pesquisa. No relatório de auditoria foi consignado que tal percentual se encontrava abaixo do desejável, considerando que eram áreas endêmicas onde a doença não raramente estava associada a incapacidades, abandonos de tratamento e contactantes não examinados, situações essas em que a presença oportuna do médico no domicílio tendia a ser decisiva para deter a progressão da doença ou o agravamento de suas sequelas.

43. Sobre a recomendação do TCU, a gestora do PNCH, em reunião com a equipe de monitoramento e em Nota Técnica nº 06/2009/PNCH/DEVEP/SVS/MS, informou que a competência pela visita domiciliar foi definida na Portaria GM/MS nº 648, de 28/03/2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família e Programa Agentes Comunitários de Saúde.

44. O anexo 1 da Portaria GM/MS nº 648/2006 trata das competências comuns a todos os profissionais e das competências específicas de cada membro da ESF. No trecho referente ao trabalho do médico, o inciso II afirma que compete a este, dentre outras atribuições, realizar consultas clínicas e procedimentos na Unidade de Saúde de cada Equipe de Saúde da Família e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários, como escolas e associações.

45. Além disso, a SVS encaminhou a este Tribunal o manual intitulado “Como Ajudar no Controle da Hanseníase?”, publicado pelo Ministério da Saúde em 2008, destinado aos agentes comunitários de saúde. O manual traz informações sobre o que deve fazer o agente comunitário ao suspeitar de hanseníase, quais sinais e sintomas devem chamar a sua atenção e quais orientações ele deve passar ao paciente sobre o tratamento.

46. Considera-se a **recomendação 9.3** como **em implementação**, ressaltando o quanto é importante que tanto a SVS como as coordenações estaduais de hanseníase promovam a continuidade de ações de aproximação com a Estratégia Saúde da Família, visto que nas localidades com indicadores elevados de transmissão da doença, um trabalho mais próximo do profissional de saúde ou do agente comunitário nos domicílios poderia contribuir para o melhor desempenho do PNCH.

#### **Recomendação 9.2.1 – não implementada**

47. Outra face do trabalho por meio de parcerias refere-se à recomendação feita com o objetivo de possibilitar a inserção dos pacientes com hanseníase no mercado de trabalho. O objetivo dessa recomendação é a articulação do PNCH com instituições que tenham experiência nesse tipo de trabalho e otimizar os resultados do programa.

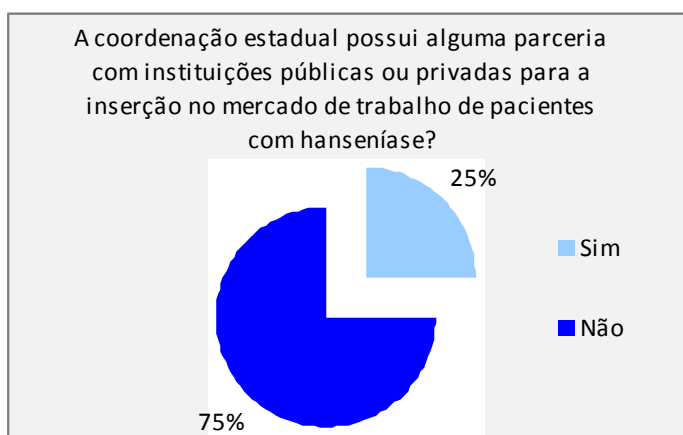
48. Em reunião com a gestora do programa, foi citado como exemplo de instituições que realizam trabalhos com esse fim o Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas por Hanseníase – Morhan e o Grupo de Apoio à Mulher Atingida por Hanseníase – Gamah. De acordo com o endereço eletrônico do Morhan, um dos seus objetivos é “ajudar a curar, reabilitar e reintegrar socialmente pessoas que contraíram hanseníase”. O Gamah, grupo que foi criado em 2003 por pacientes do Hospital Universitário de Brasília, também possui um trabalho de inclusão com os portadores de hanseníase. A equipe produz e comercializa tapetes, bijuterias e objetos para decoração, na intenção de garantir trabalho e renda a essas pessoas.

49. Além dessas instituições, a gestora afirmou que alguns estados têm feito parcerias formais com o Sistema S, exemplificando Rondônia, que possui um termo de cooperação técnica com o Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial – SENAC. Neste termo, a unidade básica identifica pacientes curados e desempregados, estendendo-se também a seus familiares, e encaminha ao SENAC, onde cursos são ministrados.

50. Outro estado citado foi Tocantins, onde pacientes se organizam em grupos e contratam o Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas – SEBRAE para ministrar cursos profissionalizantes. A gestora mencionou também a Paraíba, que tem cursos para ensinar os pacientes a confeccionar calçados especiais para os portadores da doença.

51. O fator comum às experiências citadas está no fato de que são iniciativas sem o apoio institucionalizado do Ministério da Saúde. Além disso, o resultado da pesquisa realizada pelo TCU indicou que 15 de 20 coordenações estaduais respondentes não possuem nenhum tipo de parceria para inserção de pacientes com hanseníase no mercado de trabalho.

Gráfico 8 – Existência de ações de inserção no mercado de trabalho voltadas a pacientes portadores de hanseníase.



Fonte: pesquisa eletrônica com coordenadores estaduais de hanseníase, março/abril de 2009.

52. No sentido de que essas parcerias sejam amplamente estimuladas, a gestora do PNCH mencionou que foram realizadas reuniões específicas com o Ministério da Educação e com o Ministério do Trabalho e Emprego, mas que ainda não há nenhuma proposta consolidada. Assim, ainda inexistente uma estratégia institucional do PNCH de inclusão dos pacientes com hanseníase no mercado de trabalho. Dessa forma, a **recomendação 9.2.1** encontra-se como **não implementada**.

#### 4. Ações de educação em hanseníase

##### Diagnóstico da auditoria do TCU em 2005

53. A divulgação de informações referentes à hanseníase é uma estratégia de grande importância para o combate à doença. Contudo, a auditoria observou que essas ações ainda eram insuficientes e apresentavam falhas de implementação. Uma dessas falhas dizia respeito a incorreções e falta de didática em cartazes utilizados para a abordagem da doença.

54. Além disso, a auditoria constatou que 48% dos conselhos municipais de saúde não atuavam na questão de hanseníase. Ademais, foi identificado o desconhecimento por parte dos pacientes da existência de canais de comunicação para apresentar denúncias, tirar dúvidas ou dar sugestões acerca de questões relacionadas à doença.

##### Deliberações do TCU para aperfeiçoar o programa

55. No intuito de fomentar as ações de educação em hanseníase e sua divulgação, o Acórdão TCU nº 2.259/2006-Plenário recomendou à SVS que orientasse as coordenações estaduais e municipais na adoção das seguintes medidas:

**Recomendação 9.1.2.4** – realizar ações de educação em saúde e mobilização social, considerando a abordagem da questão do preconceito e diretrizes elaboradas por essa Secretaria para fins de divulgação de informações sobre a hanseníase;

**Recomendação 9.1.2.5** – intensificar parcerias com igrejas, escolas, sindicatos e outras entidades que promovam ações comunitárias, assim como com instituições de ensino superior ou de nível médio que ofereçam cursos, tais como os de enfermagem, fisioterapia e terapia ocupacional;

**Recomendação 9.1.2.6** – aumentar a divulgação dos conselhos de saúde e dos canais de comunicação para denúncias e sugestões, como, por exemplo, fazendo constar de panfletos e cartazes o telefone do Telehansen;

**Recomendação 9.1.2.7** – realizar campanhas de divulgação dirigidas a públicos específicos, como, por exemplo, professores de educação física, alunos de escolas de ensino fundamental, agentes de saneamento/endemias, para que encaminhem pessoas com lesões suspeitas às unidades básicas para diagnóstico e tratamento;

**Recomendação 9.1.2.8** – estabelecer calendário de campanhas de divulgação periódicas e sistemáticas sobre a hanseníase.

### Situação encontrada pelo TCU durante o monitoramento em 2009

#### Recomendação 9.1.2.8 – implementada

56. Um dos aspectos abordados pelo Acórdão TCU nº 2.259/2006-Plenário diz respeito ao estabelecimento de um calendário de campanhas de divulgação. Segundo a coordenadora do programa, toda última semana de janeiro há uma campanha nacional de divulgação sobre a hanseníase, em virtude da comemoração do Dia Mundial de Combate à Hanseníase. Além disso, durante reunião com a coordenação do PNCH, foi entregue material intitulado “Documento técnico contendo plano de ações de comunicação e educação em Hanseníase – 2009”. Nesse documento há relação de diversos eventos realizados nos estados para a divulgação de informações sobre hanseníase para a população (Anexo I do processo, fls. 124-151). As campanhas são feitas em TV, rádio e outros tipos de mídia.

57. No Relatório de Gestão do PNCH 2007/2008, consta a produção de materiais de campanha como filmes, *spots*, cartazes, *folders*, folhetos e vídeo-tapes, todos direcionados à divulgação de informações para a população.

58. Outro documento que trata das campanhas é o Plano de Trabalho da Comissão Intersetorial de Eliminação da Hanseníase, aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde em 10/10/2008, que tem como uma de suas propostas ampliar o uso dos meios de comunicação para o controle da Hanseníase no Brasil. Outra proposta é a de intensificar as ações de Educação Permanente em Controle Social, priorizando municípios dos estados de alto risco, como Maranhão, Pará, Tocantins, Piauí, Goiás, Mato Grosso e Rondônia.

59. Pelo fato das campanhas de divulgação da hanseníase constar da pauta de prioridades do PNCH e de estar havendo regularidade na sua realização, entende-se que a **recomendação 9.1.2.8 está implementada.**

**Recomendação 9.1.2.4 – em implementação**

**Recomendação 9.1.2.5 – em implementação**

**Recomendação 9.1.2.6 – em implementação**

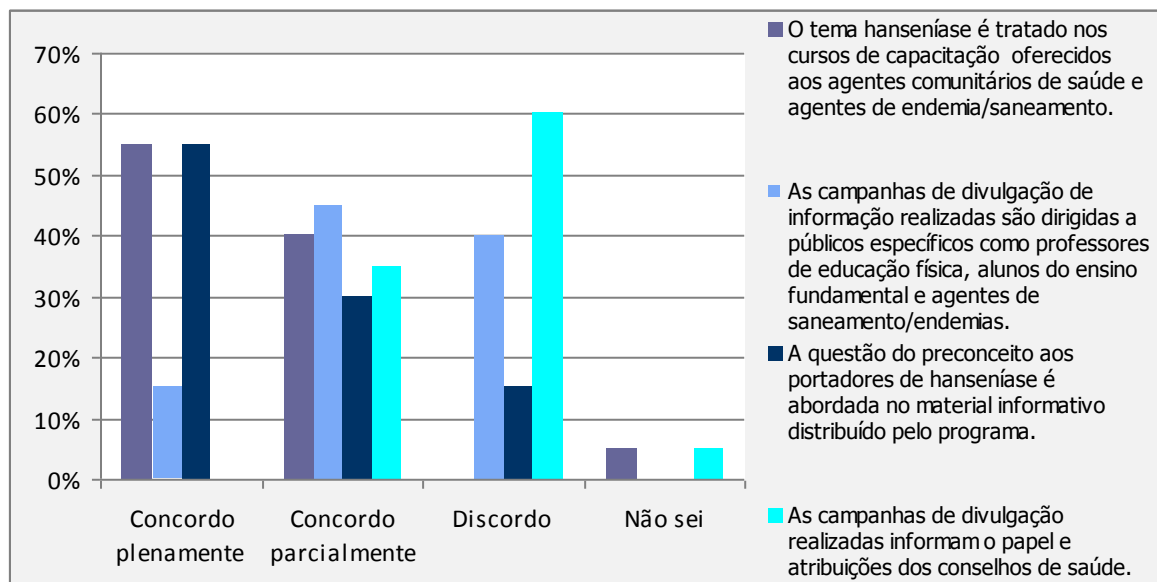
**Recomendação 9.1.2.7 – em implementação**

60. Uma das recomendações feitas pelo TCU está relacionada à realização de ações de educação em saúde com foco na abordagem do preconceito com os pacientes com

hanseníase. Recomendou ainda que as campanhas fossem voltadas para públicos específicos, a exemplo de professores de educação física, alunos de escolas de ensino fundamental e agentes de saneamento/endemias. A divulgação de canais para denúncias e sugestões e dos conselhos de saúde também foi objeto de recomendação deste Tribunal, conjuntamente com o envolvimento de igrejas, escolas e sindicatos na divulgação de informações sobre hanseníase. As iniciativas relatadas pela CGPNCH indicam que esses pontos estão sendo trabalhados pelo programa.

61. Na pesquisa realizada pelo TCU, o resultado foi que 85% dos coordenadores estaduais respondentes indicaram que a questão do preconceito aos portadores de hanseníase é abordada de alguma maneira no material informativo distribuído pelo programa. Já em relação às campanhas de divulgação a públicos específicos, 60% dos coordenadores estaduais manifestaram concordância, plena ou parcial, com a existência de tal iniciativa em seu estado. Por outro lado, constitui em indicativo, segundo apontado pela pesquisa, de que é preciso aumentar esforços quanto à divulgação do papel e das atribuições dos conselhos de saúde

Gráfico 9 – Percepção sobre a abordagem do tema hanseníase em campanhas e cursos.



Fonte: pesquisa eletrônica com coordenadores estaduais de hanseníase, março/abril de 2009.

62. A gestora do PNCH forneceu duas publicações sobre hanseníase. Uma delas, intitulada “Saúde é bom saber: Hanseníase” (Anexo I do processo, fls. 244-246), é voltada para a população de uma forma geral. Ela aborda com clareza e simplicidade o que é a hanseníase, como se transmite, como identificar a doença e como tratá-la. Além da linguagem escrita, há figuras e fotos, o que facilita a apreensão das informações contidas no material. A tiragem desse folder foi de 3 milhões de exemplares.

63. A outra publicação, intitulada “Hanseníase e Direitos Humanos” (Anexo I do processo, fls. 152-189), também está voltada para a divulgação de informações relativas à hanseníase, em especial os direitos e deveres dos usuários do SUS. O material possui boa qualidade gráfica, abordando com riqueza de informações temas como os direitos humanos, a hanseníase e os deveres na prevenção de incapacidades e deformidades. Além disso, ao final do material há um glossário, com o objetivo de padronizar o entendimento de certas palavras. Como no material anterior, além dos textos, há figuras e fotos, facilitando o aprendizado das informações. Ressalte-se que o material possui 72 páginas, podendo inclusive ser utilizado em

escolas, vislumbrando nas crianças a disseminação das informações no meio familiar. A tiragem do material é de 100 mil exemplares. A estratégia de distribuição foi o envio para as Secretarias Estaduais de Saúde para posterior encaminhamento às secretarias municipais.

64. Segundo a gestora, há iniciativas regionalizadas que buscam habilitar públicos específicos para a suspeição de sinais característicos da doença com o objetivo de promover o encaminhamento para a unidade de saúde e eventualmente acompanhar o tratamento. Citou experiências feitas em escolas do município de Duque de Caxias/RJ com professores da rede de ensino, sob a iniciativa da coordenação municipal. Também relatou o trabalho realizado no Espírito Santo, no qual universitários dos cursos de enfermagem, medicina e psicologia ministram palestras nas escolas.

65. No Relatório de Gestão do PNCH 2007/2008 consta a realização de outras ações de mobilização social, como, por exemplo, o investimento na Rádio Saúde e em rádios comunitárias, com entrevistas de pessoas que trabalham com hanseníase. Também consta que foram feitas publicações de matérias em revistas, informes e outros materiais da Atenção Básica. No relatório é apontada também a colaboração de alguns parceiros com apoio técnico e financeiro complementar às ações governamentais, a exemplo da *International Federation of Anty-leprosy Association – ILEP*.

66. Com relação às instituições parceiras, a gestora destacou: a) atuação na busca de garantia dos direitos das pessoas acometidas pela hanseníase, com o Morhan e Gamah; b) trabalho de orientação e apoio psicossocial realizado por instituições vinculadas à Igreja, como a Ordem Franciscana; c) educação em saúde, com a Pastoral da Criança.

67. Foi informado também que em todos os documentos institucionais do PNCH há o telefone do Disque Saúde, 0800.611997, sendo que em alguns deles há o do Telehansen, já que este não é governamental. Além disso, há o trabalho da Ouvidoria do Ministério, que recebe denúncias e também presta esclarecimentos sobre a doença. A presença do número do disque saúde foi confirmada ao se analisar as publicações do Ministério da Saúde. Além disso, no endereço eletrônico do Ministério também se verifica esse número. Com relação ao do Telehansen, este, de fato, consta apenas em alguns materiais institucionais, como o *folder* intitulado “Saúde é bom saber: Hanseníase”.

68. Além disso, foi disponibilizada cartilha cujo tema é “A comunidade e o controle social”, material elaborado pelo Instituto Brasileiro de Inovação em Saúde Pública, que presta esclarecimento sobre dúvidas básicas das lideranças e representantes da sociedade civil para sua entrada e melhor atuação nos Conselhos de Saúde. Apesar do material não ser especificamente elaborado para a hanseníase, certamente é um instrumento importante de informação sobre como a população pode participar das atividades de formulação de políticas públicas na área da saúde. Também foi entregue documento técnico contendo Plano de Ações de Comunicação e Educação em Hanseníase – 2009, em que consta a previsão de elaboração de material para conselheiros de saúde e lideranças sociais em hanseníase (Anexo I do processo, fls. 124-151).

69. Foi relatado pela gestora que o PNCH está em articulação com a Coordenação de Educação Popular da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde para a realização de uma publicação sobre hanseníase e controle social, a ser distribuída aos conselhos de saúde estaduais e municipais, priorizando os daquelas localidades de maior endemia.

70. Por fim, destaca-se a realização de dois eventos recentes promovidos pela SVS: a) em 2008, foram realizadas, nas regiões da Amazônia Legal e do Nordeste, duas Oficinas de Comunicação e Educação em Hanseníase, tendo como público alvo os gerentes e técnicos estaduais; e b) em agosto de 2009, foi realizado, em Brasília, o Seminário Comunicação e Hanseníase, que contou com a participação de técnicos das gerências estaduais de hanseníase, profissionais de comunicação das secretarias estaduais de saúde, jornalistas e representantes de instituições não governamentais. Ressalte-se que esse seminário teve por intuito ser o passo inicial na tentativa de formação de uma rede de comunicação sobre a hanseníase, com foco nos municípios distantes das capitais, identificando pessoas que se transformem em multiplicadores de informações na conscientização das populações dessas regiões sobre como evitar e tratar a doença.

71. Ante os esclarecimentos apresentados, entende-se oportuno considerar as **recomendações 9.1.2.4, 9.1.2.5, 9.1.2.6 e 9.1.2.7** como **em implementação**.

## **5. Assessoramento técnico, capacitação e integração com estados e municípios**

### **Diagnóstico da auditoria do TCU em 2005**

72. A auditoria constatou oportunidade de melhoria na operacionalização do Comitê Técnico de Assessoramento do programa e na consolidação do Grupo Tarefa, a primeira como instância de validação das decisões técnicas e de atuação do PNCH e a segunda de articulação entre as esferas de governo. Além disso, à época da auditoria, o acompanhamento do cumprimento das metas pactuadas nos Planos Anuais de Trabalho – PAT era incipiente, faltando mecanismos que pudessem impor a obrigatoriedade aos estados do cumprimento dessas metas. A auditoria apontou também para a necessidade de intensificar a capacitação dos profissionais de saúde no tema hanseníase e para a conveniência de se adotar critérios utilizados na habilitação de Centros de Referência Nacionais no processo de habilitação dos Centros de Referência Estaduais.

### **Deliberações do TCU para aperfeiçoar o programa**

73. No sentido de aperfeiçoar a execução do PNCH, mediante um assessoramento técnico mais atuante, uma estratégia de capacitação mais focada e uma maior integração entre as ações dos entes federativos, o Acórdão TCU nº 2.259/2006–Plenário recomendou à SVS a adoção das seguintes medidas:

**Recomendação 9.1.3** – operacionalize o Comitê Técnico de Assessoramento do PNEH, instituído pela Portaria SVS/MS nº 62, de 24 de novembro de 2005, definindo as atribuições de seus integrantes e a periodicidade das reuniões;

**Recomendação 9.1.4** – consolide a implantação do Grupo Tarefa para promover maior articulação entre as coordenações das três esferas de governo, sem prejuízo das demais atribuições;

**Recomendação 9.1.2.1** – oriente as coordenações estaduais e municipais a considerar, por ocasião da definição das estratégias de capacitação: a inclusão de auxiliares de enfermagem e agentes de endemia e/ou de saneamento, além de outros, respeitadas as peculiaridades e as atribuições de cada profissional; a ênfase na parte prática (trabalhos de campo); a avaliação de impacto (resultados); e a elaboração de álbum seriado/cartilha educativa, a ser incorporado(a) ao material de

trabalho permanente dos profissionais (Agentes Comunitários de Saúde, agentes de endemias, visitadoras, agentes de saneamento);

**Recomendação 9.1.6** – intensifique o acompanhamento das metas de descentralização acordadas nos Planos Anuais de Trabalho - PAT estaduais, a exemplo do que já vem ocorrendo com as metas estabelecidas no Pacto de Indicadores da Atenção Básica e na PPI-VS;

**Recomendação 9.1.7** – recomende a criação dos PAT com metas de descentralização entre estados e municípios;

**Recomendação 9.1.8** – recomende aos estados que utilizem, com vistas ao reconhecimento e à habilitação dos Centros de Referência Estaduais, os mesmos critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde - Portaria SVS/MS nº 41, de 21 de setembro de 2005 - para os Centros de Referência Nacionais, consideradas as adaptações necessárias;

**Recomendação 9.1.11** – busque articulação com o Conasems, no sentido de estimular as secretarias municipais de saúde a se organizarem em consórcios, constituídos sob a forma de associações públicas ou pessoas jurídicas de direito privado, para atuar em áreas específicas do processo de eliminação da hanseníase, conforme comando da Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005.

## **Situação encontrada pelo TCU durante o monitoramento em 2009**

### **Recomendação 9.1.3 – implementada**

### **Recomendação 9.1.4 – implementada**

74. O assessoramento técnico ao desenvolvimento do programa, seja em nível federal seja em nível estadual, é uma importante atividade para a discussão de estratégias de controle da doença com base em critérios científicos e de gestão operacional. Essas atividades vêm sendo realizadas por meio do Comitê Técnico de Assessoramento da Hanseníase – CTAH e também por meio de um grupo de consultores contratados pelo Ministério da Saúde, denominado Grupo Tarefa.

75. O Comitê Técnico de Assessoramento é uma importante instância de validação das decisões e de estruturação de propostas para o programa, tendo sido instituído originalmente pela Portaria SVS/MS nº 62/2004. Em 2007, a Portaria SVS/MS nº 27, de 13/07/2007, revogou a anterior e instituiu o mencionado comitê, delimitando seu caráter consultivo e sua finalidade de assessorar o PNCH nos aspectos técnicos da hanseníase enquanto problema de saúde pública.

76. A Portaria SVS/MS nº 27/2007 definiu as atribuições do Comitê e de seus integrantes em seus artigos 3º e 4º, além de definir a periodicidade das reuniões, que deverão acontecer ordinariamente, duas vezes ao ano ou, extraordinariamente, quando convocado pelo seu Coordenador, sendo que as reuniões serão realizadas somente com a presença da maioria de seus assessores (art. 6º).

77. A gestora apresentou os relatórios das reuniões do Comitê realizadas em 26/07/2007 e 23/11/2008. Esses relatórios contêm a data, o local, a pauta, os membros participantes, além do registro dos temas discutidos e das decisões tomadas pelo colegiado (Anexo I do processo, fls. 35-51).

78. Em função da instituição do Comitê Técnico de Assessoramento do PNCH e das suas reuniões já realizadas, entende-se que a **recomendação 9.1.3** foi **implementada**. Não obstante, cabe destacar que, de acordo com a portaria, as reuniões deveriam acontecer duas vezes ao ano, contudo, os documentos encaminhados pela gestora comprovam a realização de somente uma reunião no ano de 2007 e uma em 2008

79. No que tange ao Grupo Tarefa, em reunião com a gestora do PNCH, foi informado que inicialmente o trabalho consistia no assessoramento às Secretarias Estaduais de Saúde na estruturação das ações de controle à hanseníase, além de procurar melhorar a inserção de informações nos sistemas de registros de agravos. Em um segundo momento, o Grupo Tarefa passou a atuar prestando consultoria técnica sobre certos temas, como no caso do projeto para detecção de casos em menores de 15 anos.

80. A gestora encaminhou documento contendo a descrição detalhada dos produtos elaborados por onze assessores técnicos que atuavam no programa em março de 2009 (Anexo I do processo, fls. 52-78). Verifica-se que a atividade principal dos assessores é desenvolver documentos técnicos para assessorar a coordenação nacional nas áreas de planejamento, execução e controle. Como exemplo dessas atividades, cita-se a elaboração dos seguintes produtos: a) Manual de Conduta para Úlcera na Hanseníase e Diabetes; b) Manual de Adaptação de Palmilhas e Calçados; c) documento técnico contendo o levantamento do número de casos de hanseníase tratados com esquemas alternativos nos últimos cinco anos; d) documento técnico contendo plano de execução de campanhas focais em unidades de saúde de áreas de maior risco em hanseníase.

81. Além das atividades de apoio à coordenação nacional, consta do documento que os assessores desenvolvem produtos direcionados a alguns estados e municípios, a exemplo do documento técnico consolidando as ações de comunicação preconizada pelos Programas Estaduais de Controle da Hanseníase dos estados do Amazonas, Acre, Pará, Maranhão, Piauí, Mato Grosso, Goiás, Tocantins, Pernambuco e Espírito Santo. Esses estados são os que centralizam o maior foco da doença e os problemas mais preocupantes.

82. Ante o exposto, entende-se que a **recomendação 9.1.4** foi **implementada**.

#### **Recomendação 9.1.2.1 – em implementação**

83. O TCU recomendou também a intensificação de estratégias de capacitação em hanseníase para os profissionais que atuam diretamente na detecção e no tratamento da doença. Consta do Relatório de Gestão do PNCH 2007/2008, que o Departamento de Gestão da Educação em Saúde – Deges, vinculado à Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES, incluía um conteúdo básico de hanseníase na ferramenta utilizada em educação à distância.

84. Além disso, em maio de 2008, o assunto se fez presente em reunião do Deges com colaboradores do PNCH (representantes de Centros de Referência; assessores técnicos; gerentes estaduais e municipais; além do Morhan) e com membros do comitê do Tele-Saúde, da coordenação das Escolas Técnicas do SUS e da coordenação do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. Entre as recomendações fruto dessa reunião, destaca-se: a) buscar, junto à Comissão Nacional de Residência Médica, que as habilidades e competências para o diagnóstico e tratamento da hanseníase sejam incluídas na

formação dos residentes; b) revisar o currículo das Escolas Técnicas do SUS; c) introduzir o tema hanseníase de forma transversal nos cursos técnicos.

85. A CGPNCH informou que, juntamente com técnicos com larga experiência em ensino e gestão, validou o curso de capacitação em Monitoramento e Avaliação, com carga horária mínima de 24 horas, que tem como apoio didático-pedagógico um manual desenvolvido pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz. Foi relatado que, entre agosto de 2007 e novembro de 2008, foram realizadas 12 oficinas, com 454 profissionais capacitados, sendo que 87% destes atuavam na Amazônia Legal. Foram contemplados 231 municípios prioritários e 25 estados (100% dos municípios prioritários do Pará e 70% dos de Rondônia com técnicos capacitados). Foram selecionados 60 profissionais para compor o banco de monitores do programa.

86. A SVS forneceu documento contendo as sínteses dos Relatórios de eventos do PNCH realizados no 1º Semestre de 2008. Consta no capítulo “Síntese IV” o Relatório da Oficina de Educação Permanente, que teve como objetivo planejar a inserção das demandas de educação permanente do PNCH no contexto das políticas de formação e educação permanente do Ministério da Educação e da SGTES (Anexo I do processo, fls. 52-78).

87. Ademais, conforme já mencionado no Capítulo 3 deste relatório, foi elaborada a cartilha intitulada “Como ajudar no controle da Hanseníase?” voltada para os Agentes Comunitários de Saúde, que oferece conteúdo básico sobre os sinais e sintomas da doença, o acolhimento aos doentes e a vigilância da doença (Anexo I do processo, fls. 190-221). Percebe-se que a cartilha utiliza linguagem acessível aos agentes comunitários, contendo desenhos e fotografias que auxiliam no entendimento do conteúdo. Inicialmente, a cartilha orienta sobre o “acolhimento às pessoas com hanseníase”, em seguida aborda a questão do medo da doença, destacando “o que o agente de saúde pode fazer para mudar a percepção sobre a hanseníase”. Na seqüência, são detalhados temas para que o agente conheça mais sobre a doença, sobre vários aspectos e, por fim, exemplifica como o agente pode atuar no controle da hanseníase.

88. Tendo em vista que parte das iniciativas apresentadas ainda se encontram em desenvolvimento pela coordenação do PNCH, considera-se a **recomendação 9.1.2.1 como em implementação.**

### **Recomendação 9.1.8 – não implementada**

89. Outra recomendação do TCU foi no sentido de que os estados utilizassem, com as adaptações necessárias, os critérios definidos na Portaria SVS nº 41/2005 para habilitação de uma unidade de saúde como Centro de Referência Estadual no tratamento de pacientes portadores de hanseníase. A época deste monitoramento, os critérios em vigor estavam definidos na Portaria SVS nº 11, de 02/03/2006, que revogou a Portaria SVS nº 41, de 22/09/2005, utilizada como referência legal no texto da recomendação exarada pelo TCU. Todavia, os critérios de reconhecimento, descritos no art. 1º das mencionadas portarias, não sofreram alteração.

90. Cabe registrar que os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde para a credenciação dos Centros de Referência Nacionais, de acordo com a Portaria SVS nº 11/2006, são:

- I. Realizar estudos e pesquisas em epidemiologia, avaliação, diagnóstico, terapêutica, aspectos relacionados aos episódios reacionais, especialmente a lesão neural; aspectos operacionais, para o controle da hanseníase;
- II. Ter seu próprio Comitê de Ética em Pesquisa ou estar formalmente vinculado a um comitê reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP;
- III. Ter em seus quadros profissionais com titulação em nível de pós-graduação reconhecida pelo Ministério da Educação - MEC, sendo:
  - a) Centro de Referência Nacional: 30% com graduação, 30% com especialização, 15% com mestrado e 10% com doutorado; e
  - b) Centro Macro-Regional de Referência com 30% de graduados, 20% com especialização e 5% com mestrado.
- IV. Possuir laboratório de pesquisa equipado e em funcionamento;
- V. Ter um plano de capacitação recursos humanos para seu quadro de pessoal;
- VI. Apresentar produção científica mínima de:
  - a) Pelo menos dois manuscritos em periódicos nacionais; e
  - b) Um em periódico nacional ou internacional indexado no index medicus, a cada ano.
- VII. Dispor de equipe multidisciplinar capacitada e atualizada para a assistência à saúde em hanseníase;
- VIII. Prestar assistência à saúde, em nível especializado, esclarecendo diagnósticos, recidivas, intercorrências, especialmente nos aspectos relacionados aos episódios reacionais e a lesão neural de hanseníase;
- IX. Prestar assessoria às diversas instâncias do SUS, resguardada sua aptidão;
- X. Trabalhar de forma integrada com os demais centros de referência nacionais; e
- XI. Assessorar o Ministério da Saúde nas decisões referentes à política de hanseníase estando em consonância com as normas técnicas nacionais.

91. A gestora esclarece que a CGPNCH recomenda aos estados e municípios que definam o fluxo de atendimento as pessoas atingidas pela hanseníase de forma que se estabeleça uma referência estadual, regional ou municipal. Essa referência é baseada na expertise clínica e nas ações de controle da hanseníase. O fluxo ideal do programa é, quando houver necessidade, que a equipe da Saúde da Família encaminhe o paciente à referência municipal ou regional e esta, na impossibilidade de atendê-lo, o encaminharia para a referência estadual que, se necessário, o reencaminha para a referência nacional. Essa seria a maneira adequada de ser feito o encaminhamento das complicações segundo os níveis de complexidade da assistência.

92. A equipe do monitoramento corrobora com a visão da gestora da importância de se intensificar a descentralização dos serviços de prevenção, diagnóstico e tratamento da hanseníase para as unidades básicas de saúde.

93. Por outro lado, a auditoria realizada em 2005 constatou que as atividades de média e alta complexidade, características de centros de referência, eram pouco executadas. De uma forma geral, os espaços físicos dos Centros de Referência Estaduais foram considerados à época insuficientes para a realização de ações em reabilitação física ou, em muitos casos, inexistentes. Houve o registro de casos de inadequação dos equipamentos e insumos utilizados para o tratamento dos pacientes e do pequeno tamanho das salas de

atendimento, o que impossibilitava os profissionais de exercerem atividades de reabilitação de forma eficiente.

94. Assim, a recomendação do TCU teve por intuito favorecer o desenvolvimento de atividades de maior complexidade pelos centros de referência estaduais, de modo a se apropriarem, com as adaptações necessárias a sua realidade, de requisitos exigidos para o reconhecimento de Centros de Referência Nacional e Macro-Regional definidos em Portaria pela SVS, a exemplo da realização de estudos e pesquisas no tema e de prestação de serviço por equipe multidisciplinar.

95. Em entrevista, a gestora do PNCH argumentou que, embora muitas vezes o Centro de Referência Estadual não tenha estrutura física nem uma equipe multidisciplinar, conta com profissionais muito experientes, principalmente da área médica. Em sua opinião, o diferencial para que a unidade seja considerada centro de referência seria a experiência dos profissionais.

96. Segundo a pesquisa eletrônica encaminhada às coordenações estaduais de hanseníase, 25% dos entrevistados mencionaram que não conhecem os critérios da Portaria SVS nº 41/2005 e 5% os conhecem, contudo não os aplicam. Com relação à dificuldade de aplicabilidade dos critérios, segundo a pesquisa, o item que apresentou menor dificuldade foi a constituição de Comitê de Ética em Pesquisa (10%). Já em relação a possuir equipe multidisciplinar e possuir em seu quadro funcional profissionais com titulação em nível de pós-graduação, 25% e 30% dos entrevistados, respectivamente, demonstraram ter essas dificuldades. Outro ponto que merece destaque na pesquisa é o fato de que metade dos entrevistados apresenta dificuldades em realizar pesquisa em seus centros de referência.

Gráfico 10 – Grau de dificuldade na aplicabilidade dos critérios definidos pela Portaria SVS/MS nº 11/2006 para o credenciamento de unidades de saúde como centro de referência estadual.



Fonte: pesquisa eletrônica com coordenadores estaduais de hanseníase, março/abril de 2009.

97. Os entrevistados também foram questionados sobre os serviços que mais têm dificuldades em prestar ao paciente. As atividades de reabilitação social (55%), reabilitação

física (45%), atendimento psicológico (45%) e terapia ocupacional (35%) foram as que apresentaram as maiores dificuldades de oferta. Assim, percebe-se que atividades básicas e essenciais dos Centros de Referência estão apresentando grau elevado de dificuldade de provimento pelas coordenações estaduais da hanseníase.

98. A gestora enfatizou que existe uma grande dificuldade em implementar esta recomendação, entendendo que os estados têm autonomia para definir os seus critérios de credenciamento de centros de referência estaduais, não sendo possível a recomendação para que utilizem os critérios da Portaria do Ministério da Saúde.

99. Apesar das dificuldades de aplicação desses critérios, mencionados pela gestora em entrevista à equipe de fiscalização e corroborados na pesquisa realizada pelo TCU junto aos coordenadores estaduais de hanseníase, ficou evidenciado, pela própria pesquisa, que alguns estados estão tendo (ou buscando) condições de aplicar alguns dos requisitos exigidos pela Portaria SVS nº 11/2006.

100. Considera-se, portanto, que a recomendação do TCU é aplicável, sobretudo porque o seu intuito era de que a Portaria da SVS não tivesse caráter compulsório de uso pelos estados, mas sim que fosse uma fonte de orientação e servisse de referência para que eles buscassem uma maior qualificação de seus centros de referência. Essa medida se justifica até mesmo pelo princípio da equidade, porque há estados que estão mais avançados que outros na qualificação de seus centros de referência e têm condições de prestar, conseqüentemente, melhor atendimento a seus pacientes com hanseníase, como foi apontado na pesquisa realizada pelo Tribunal. Ante o exposto, entende-se que a **recomendação 9.1.8** deve ser considerada como ainda **não implementada**.

#### **Recomendação 9.1.11 – não implementada**

101. Sobre a recomendação relativa à articulação com o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – Conasems, no sentido de estimular as secretarias municipais de saúde a se organizarem em consórcios, a gestora acredita que esta é apenas uma alternativa para a solução dos problemas da sobrecarga dos municípios prioritários. Essa sobrecarga é decorrente do aumento da demanda por diagnóstico, tratamento e internação hospitalar de pacientes atingidos pela hanseníase, em razão de provável migração de casos dos municípios limítrofes. A gestora apontou a Rede de Assistência como sendo a melhor alternativa para esse problema. Todavia, ressaltou que esse modelo ainda está em fase piloto nos municípios de Minas Gerais, sendo seus resultados ainda de difícil avaliação. Como não foram apresentadas iniciativas que atendessem especificamente ao comando da deliberação do TCU, e considerando que a alternativa apresentada pela gestora ainda encontrava-se em fase de experimentação conforme seu depoimento, tem-se a **recomendação 9.1.11** como **não implementada**.

#### **Recomendação 9.1.6 – implementada**

#### **Recomendação 9.1.7 – implementada**

102. Outras duas medidas recomendadas pelo Tribunal fazem menção à criação dos Planos Anuais de Trabalho estaduais, com a pactuação de metas de descentralização entre estados e municípios e o seu acompanhamento, a exemplo do que já vem ocorrendo com as metas estabelecidas no Pacto de Indicadores da Atenção Básica.

103. Inicialmente, cabe ressaltar que um dos princípios do SUS estabelecidos pela Lei nº 8.080/1990 é a descentralização político-administrativa das ações e serviços de saúde. Com a publicação da Portaria MS nº 3.332/2006 foram criados os instrumentos básicos do Sistema de Planejamento do SUS, que são: o Plano de Saúde; as Programações Anuais de Saúde; e o Relatório Anual de Gestão<sup>iii</sup>.

104. Em maio de 2008, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 64, estabelecendo a Programação das Ações de Vigilância em Saúde – PAVS como instrumento de planejamento para definição de um elenco norteador de ações específicas nessa área que serão operacionalizadas pelas três esferas de gestão. Anualmente serão definidas as ações e parâmetros que vão nortear a PAVS, acordadas pelo Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, conforme prevê o parágrafo único do art. 1º da Portaria MS nº 64/2008.

105. Essa portaria estabelece o fluxo e os prazos que União, estados e municípios terão que seguir para elaboração de seus Planos de Saúde. O fluxo pode ser assim resumido: i) a SVS encaminha a cada unidade da Federação a PAVS; ii) as secretarias estaduais de saúde enviam a PAVS às secretarias municipais de saúde, que podem acrescentar ações de interesse sanitário estadual, mediante pactuação na Comissão Intergestores Bipartite – CIB; iii) as secretarias municipais, com base nos parâmetros definidos na PAVS, elaboram a programação das ações de vigilância em saúde, podendo acrescentar ações de interesse sanitário municipal; iv) em seguida, as secretarias municipais encaminham a PAVS, parte integrante do Plano Municipal de Saúde, às Regionais de Saúde, que após discussão nos Colegiados de Gestão Regional, consolidam a PAVS e a enviam à secretaria estadual; v) estas, com base nas programações regionais, elaboram a sua programação e encaminham para pactuação e homologação na CIB; vi) por fim, as secretarias estaduais enviam a PAVS, parte integrante do Plano Estadual de Saúde, à SVS, após sua aprovação pela CIB.

106. De acordo com o art. 8º da Portaria MS nº 64/2008, a SVS realizará o monitoramento das ações da PAVS junto às secretarias estaduais de saúde. Assim, para acompanhar o alcance das metas pactuadas, o Ministério da Saúde desenvolveu roteiro que contempla aspectos operacionais e de execução física das ações, inclusive as de controle da hanseníase. O Apêndice A apresenta os aspectos constantes desse roteiro.

107. Além do citado roteiro, a gestora do PNCH encaminhou quatro relatórios de avaliação específicos para a hanseníase. São assim denominados: Produto 1 - Documento técnico contendo a análise dos planos de ação dos estados da Região Centro-oeste; Produto 2 - Documento técnico contendo a análise dos planos de ação dos estados da Região Nordeste; Produto 3 - Documento técnico contendo a análise dos planos de ação dos estados da Região Norte; Produto 5 - Documento técnico contendo a análise do processo de monitoramento e avaliação dos planos de controle da hanseníase dos municípios prioritários por amostragem dos estados das regiões Centro Oeste, Nordeste e Norte.

108. Transcreve-se trecho a seguir do relatório de avaliação da Região Norte, onde se destaca a importância do plano de ação.

O plano de ação é uma ferramenta de gestão e configura-se numa estratégia para incentivar estados e municípios a assumir o compromisso de diagnosticar, tratar e acompanhar todos os casos de hanseníase. O pilar de sustentação desta ferramenta é o incentivo a descentralização das ações, ou seja, assegurar que as atividades de controle da hanseníase estejam disponíveis e acessíveis a todo indivíduo nos

serviços de saúde o mais próximo de sua casa e que haja a garantia da integralidade da assistência.

109. Os documentos de análise dos planos de ação possuem ao final dois capítulos de grande importância. Um deles trata dos problemas identificados, tanto na estruturação dos planos como no processo de trabalho para implementação das ações. Foi comum aos relatórios a falta de padronização da linguagem de monitoramento e avaliação; divergências entre as atividades previstas e o objetivo do programa; e a incoerência entre as metas, objetivos e atividades previstas para o alcance dos resultados. O outro capítulo aborda as propostas e sugestões para a correção dos problemas identificados.

110. Considerando as disposições contidas na Portaria MS nº 64/2008, em especial no que tange à criação dos planos anuais de trabalho, com metas de descentralização entre estados e municípios, bem como a sistemática de monitoramento dos planos de ação estaduais instituída pela SVS, entende-se que as **recomendações 9.1.6 e 9.1.7** estão **implementadas**.

## 6. Sistemas de informação e indicadores de desempenho

### Diagnóstico da auditoria do TCU em 2005

111. A auditoria realizou levantamento de dados nos sistemas de informações operacionalizados pelas três esferas de governo e em estudos promovidos pela Organização Mundial de Saúde, concluindo que tanto a Taxa de Prevalência quanto os demais indicadores do programa não possuíam o grau de confiabilidade desejável para refletir, com precisão, a taxa de morbidade (quantidade de doentes) e a magnitude da doença (risco de transmissão). Além disso, a análise comparativa realizada pela auditoria focada nas variáveis medidas pelos indicadores pactuados na Atenção Básica e na programação das ações de vigilância em saúde revelou incompatibilidades entre os dados examinados e imprecisão.

### Deliberações do TCU para aperfeiçoar o programa

112. Ante as deficiências relativas à operacionalização do Sinan e à integração dos sistemas de informação mantidos pelo Ministério da Saúde, que são os principais mecanismos de registro e de acompanhamento das ações voltadas para o controle da endemia, o Acórdão TCU nº 2.259/2006-Plenário recomendou à SVS a adoção das seguintes medidas:

**Recomendação 9.1.9** – busque articulação com estados e municípios com o objetivo de formular política de incentivo que assegure a qualidade da informação gerada por meio de validação das informações sobre a retirada dos pacientes em registro ativo; a uniformidade das bases de dados existentes tanto na esfera municipal como na estadual e federal; e a alimentação correta e tempestiva dos sistemas de informação, tendo em vista a produção de indicadores de desempenho plenamente confiáveis;

**Recomendação 9.1.10** – intensifique parcerias com instituições de pesquisa, com vistas à validação dos indicadores mais importantes;

**Recomendação 9.1.12** – promova a atualização do módulo de hanseníase do Sistema de Informações de Agravos de Notificação - Sinan, disponibilizando-o, por meio da Internet, de modo que os municípios possam alimentar diretamente a base de dados nacional;

**Recomendação 9.1.13** – inclua entre os indicadores pactuados na Atenção Básica ou na PPI-VS os seguintes indicadores propostos: 9.1.13.1. Proporção de examinados entre os contatos intradomiciliares de casos novos diagnosticados no ano: (Número de contatos intradomiciliares de casos novos diagnosticados no ano, que foram examinados / Número total de contatos intradomiciliares de casos novos diagnosticados no ano) X 100; 9.1.13.2. Proporção de unidades de saúde da rede básica que realizam diagnóstico e tratamento da hanseníase: (Número de centros de saúde, postos de saúde e unidades de saúde da família, cadastrados no SUS, que realizam diagnóstico e tratamento da hanseníase / Número total de centros de saúde, postos de saúde e unidades de saúde da família cadastrados no SUS) X 100; 9.1.13.3. Proporção de menores de 15 anos entre os casos novos: (Número de casos novos em menores de 15 anos / Número de casos novos que tiveram a idade anotada) X 100;

**Recomendação 9.2.2** – utilizem de forma integrada as informações e dados do SIAB, SIA e SIH, a fim de obterem diagnóstico operacional e epidemiológico mais amplo e preciso que subsidie o processo de planejamento, execução e controle das ações de eliminação da hanseníase.

### **Situação encontrada pelo TCU durante o monitoramento em 2009**

#### **Recomendação 9.1.10 – implementada**

#### **Recomendação 9.1.13 – implementada**

113. No que concerne aos indicadores, verificou-se que o PNCH vem adotando os que foram recomendados pelo Tribunal, além de outros considerados relevantes pela coordenação do programa.

114. O controle da hanseníase baseia-se no diagnóstico precoce de casos, seu tratamento e cura, visando eliminar fontes de infecção e evitar as sequelas resultantes do diagnóstico tardio e da falta de acompanhamento adequado. A Nota Técnica nº 10/2007/PNCH/Devep/SVS/MS (Anexo I do processo, fls. 91-93) informa que o principal indicador epidemiológico do controle da hanseníase utilizado em 2009 era o coeficiente de detecção em menores de 15 anos, que expressa a força de transmissão recente e sua tendência. Considera-se também o coeficiente de detecção de todas as idades, que expressa a relação entre os casos novos e a população em geral e a proporção de cura dos casos diagnosticados, que é considerado o mais importante indicador de resultado das atividades de controle.

115. O Relatório de Gestão do PNCH 2007/2008, que faz menção à citada Nota Técnica, destaca que o indicador de detecção da doença em menores de 15 anos é hoje amplamente utilizado e considerado o mais importante. A meta de redução do coeficiente de detecção em menores de 15 anos em 10%, até 2011, foi inserida no “Programa Mais Saúde: Direitos de Todos”. Este indicador expressa, além da transmissão recente da hanseníase, os focos ativos de transmissão. Estudos de tendência realizados pelo PNCH mostram a desaceleração na ocorrência de casos novos em crianças. No entanto, ainda existem no Brasil muitas áreas endêmicas, com aglomerados de casos e elevada incidência em indivíduos nessa faixa etária.

116. Consta também do relatório que o indicador “proporção de cura entre os casos novos diagnosticados” foi adotado para monitoramento das ações do Plano Plurianual e do Pacto de Gestão. Este indicador contém resultados das atividades de captação de casos e mede a efetividade dos serviços em assegurar a adesão ao tratamento até a alta complexidade. É um

indicador de grande relevância, uma vez que a cura reduz os focos de contágio. Espera-se atingir 90% de cura dos casos em tratamento até 2011.

117. Há a informação também de que foi inserido no Plano Plurianual como indicador a “proporção de unidades básicas de saúde com programa implantado nos municípios prioritários” e a “proporção de cura entre os casos novos diagnosticados”, este último é também o único indicador do PNCH no Pacto de Gestão.

118. Além desses indicadores, foram inseridos outros três na Programação das Ações de Vigilância em Saúde (vide Apêndice A). O primeiro destinado a “avaliar o grau de incapacidades físicas I e II nos casos novos de hanseníase diagnosticados”. O segundo a “avaliar o grau de incapacidades físicas I e II nos casos curados de hanseníase”. Finalmente, “examinar os contatos intradomiciliares dos casos novos de hanseníase, de acordo com as normas preconizadas”. Dessa forma, considerando os indicadores de desempenho que vêm sendo adotados pelo PNCH, entende-se que a **recomendação 9.1.13** está **implementada**.

119. Em relação a parcerias com instituições de pesquisa para a validação dos indicadores mais importantes, o Relatório de Gestão destacou a inclusão da linha de Investigação de Serviços em Saúde em editais do Departamento de Ciência e Tecnologia – Decit da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq. Os editais foram elaborados por pesquisadores atuantes nas áreas desse grupo de agravos, condicionando a aprovação de projetos direcionados às áreas de aglomerados de casos. Entre as pesquisas aprovadas, sete foram na área de hanseníase. Segundo relatou a gestora do PNCH, a discussão do tema hanseníase nesses trabalhos científicos, ao lado das reuniões de avaliação conduzidas pela coordenação do programa com gestores estaduais, municipais e especialistas, contribuiu para reflexão dos indicadores escolhidos. Há indicativo, portanto, de que a questão relativa à qualificação dos indicadores vem merecendo atenção especial do PNCH, motivo pelo qual se entende que a **recomendação 9.1.10** está **implementada**.

#### **Recomendação 9.1.12 - em implementação**

#### **Recomendação 9.2.2 - em implementação**

#### **Recomendação 9.1.9 - em implementação**

120. Com o objetivo de coletar, transmitir e disseminar dados gerados rotineiramente pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das três esferas de governo, o Ministério da Saúde desenvolveu uma ferramenta denominada Sinan Net, que apóia e fornece subsídio, através de uma rede informatizada, ao processo de investigação e de análise das informações de vigilância epidemiológica das doenças de notificação compulsória.

121. Segundo o manual do Sinan Net, atualizado em 2007, as funcionalidades do sistema permitem a realização do diagnóstico dinâmico da ocorrência de um evento na população, podendo fornecer subsídios para explicações causais dos agravos de notificação compulsória, além de vir a indicar riscos aos quais as pessoas estão sujeitas, contribuindo assim, para a identificação da realidade epidemiológica de determinada área geográfica.

122. Consta do Relatório de Gestão do PNCH 2007/2008, a informação relativa à alocação de um técnico do programa para interlocução e assessoramento direto aos estados, no intuito de facilitar a migração de dados do Sinan Windows para o Sinan Net. Há menção também ao desenvolvimento do aplicativo “Relatório Sinan-Net” para a produção de

relatórios específicos sobre casos paucibacilares e multibacilares e pacientes faltosos ou que abandonaram o tratamento. Além disso, no Documento Técnico que contém o Plano de Ações de Comunicação e Educação em Hanseníase 2009 há previsão de curso de formação de multiplicadores em Sinan Net.

123. Outro ponto objeto de deliberação do Acórdão TCU nº 2.259/2006-Plenário diz respeito à correção de distorções e incompatibilidades entre os dados do Sinan e os obtidos com base nos Sistemas de Informações Ambulatoriais – SIA, da Atenção Básica – SIAB e do Sistema de Informações Hospitalares – SIH.

124. Em reunião com a gestora do programa, foi informado que a CGPNCH está adotando mecanismos para minimizar as incompatibilidades geradas nos diversos sistemas utilizados pelo programa, principalmente expedindo orientações às coordenações estaduais e municipais para seguirem uma rotina de conferência de dados. Para demonstrar o procedimento da rotina de controle da qualidade da informação, a gestora entregou um formulário denominado Planejamento das Rotinas de Vigilância Epidemiológica da Hanseníase (Anexo I do processo, fl. 112). Em um dos campos a ser preenchido pelas coordenações estaduais e municipais consta a linha “Cruzamento de dados – SIAB, SIA e SIH.”

125. Foi esclarecido que os sistemas SIAB, SIA e SIH não são compatíveis entre si, possuindo bases de dados diferentes que não se comunicam nem se criticam, sendo o cruzamento de dados feito de forma exclusivamente manual pelas coordenações estaduais de hanseníase, não existindo atualmente nenhum programa que faça isso de forma automática.

126. A gestora informou que os municípios e os estados aplicam essa rotina de controle, muitas vezes, diferenciadamente, sem uniformidade dos procedimentos nem da periodicidade de aplicação.

127. Algumas medidas também foram relatadas com relação à articulação com estados e municípios para assegurar a qualidade da informação gerada na produção de indicadores de desempenho. De acordo com informações do Relatório de Gestão do PNCH 2007/2008, além do desenvolvimento do Sinan Net e do formulário de Planejamento das Rotinas de Vigilância Epidemiológica da Hanseníase, foram contratados técnicos para monitorar as informações da base nacional do Sinan e dos estados endêmicos com maior fragilidade na informação. A partir desse trabalho, planilhas com dados discrepantes são encaminhadas periodicamente para análise pelas gerências estaduais.

128. Tendo em vista as ações que estão em andamento no sentido de disponibilização do Sinan Net para os níveis municipais e estaduais, de treinamento dos profissionais que operarão o novo sistema e das tratativas da coordenação nacional do PNCH em introduzir uma rotina de controle das informações e dados disponibilizados nos sistemas SIAB, SIA e SIH em contraponto com os utilizados pela vigilância epidemiológica, entende-se que as **recomendações 9.1.9, 9.1.12 e 9.2.2 estão em implementação.**

## 7. Análise dos Comentários dos Gestores

129. Nos termos do item 6.5 do Capítulo VI do Manual de Auditoria de Natureza Operacional, aprovado pela Portaria TCU nº 144/2000, a versão preliminar do relatório do

primeiro monitoramento realizado no PNCH foi remetido à SVS por meio do Ofício Seprog nº 84/2009, de 23/07/2009, com a finalidade de se obter os comentários pertinentes sobre as questões analisadas por este Tribunal. Por intermédio de expediente eletrônico de 03/08/2009, a gestora solicitou prorrogação de prazo para atendimento à solicitação do TCU, que foi concedida pelo Ofício Seprog nº 96/2009, de 17/08/2009.

130. A resposta à comunicação do TCU foi encaminhada por meio do Ofício nº 2996/GAB/SVS/MS, de 31/08/2009, assinado pelo Secretário da SVS, Sr. Gerson Penna, cujos pronunciamentos a respeito do relatório estão anexos na Nota Técnica nº 06/2009/PNCH/DEVEP/SVS/MS, assinada pela Coordenadora Substituta do PNCH, Sra. Carmelita Ribeiro de Oliveira.

131. Considera-se que os comentários e esclarecimentos enviados pelo gestor foram pertinentes e possibilitaram o aperfeiçoamento de análises e elementos textuais do relatório final do primeiro monitoramento, inclusive quanto à revisão da situação de algumas das recomendações monitoradas.

## 8. Conclusão

132. Neste relatório apresentam-se as conclusões do primeiro monitoramento das deliberações do Tribunal acerca da auditoria operacional realizada no PNCH em 2005, integrantes do Acórdão nº 2.259/2006-Plenário. Todas as recomendações feitas pelo Tribunal foram endereçadas à Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, responsável pelo PNCH.

133. Para que se pudesse medir o grau de implementação das deliberações do citado Acórdão, foram criados cinco níveis de classificação das recomendações: i) Implementada; ii) Em implementação; iii) Parcialmente Implementada; iv) Não Implementada; e v) Deixou de Ser Aplicável. A classificação “Parcialmente Implementada” agrupa as recomendações que foram objeto de adoção de alguma medida, não há perspectiva de adoção de outras medidas, mas os resultados não foram considerados suficientes. A classificação “Em Implementação” abrange as recomendações que já foram objeto de algumas medidas e que ainda estão sendo trabalhadas. A Tabela 3 apresenta a situação de implementação de cada item das deliberações do TCU neste primeiro monitoramento.

Tabela 3 – Situação de implementação das recomendações do Acórdão TCU nº 2.259/2006-Plenário, por item, em 2009.

| Situação         | 1º Monitoramento – 2009   |     |
|------------------|---|-----|
|                  | Itens   |     |
| Implementada     | 9.1.2.8; 9.1.3; 9.1.4; 9.1.6; 9.1.7; 9.1.10; e 9.1.13   | 29% |
| Em implementação | 9.1.1; 9.1.2.1; 9.1.2.3; 9.1.2.4; 9.1.2.5; 9.1.2.6; 9.1.2.7; 9.1.5; 9.1.9; 9.1.12; 9.2.2; e 9.3 | 50% |
| Não implementada | 9.1.2.2; 9.1.8; 9.1.11; 9.2.1; e 9.4  | 21% |

134. Tendo em vista que o percentual das deliberações que se encontravam Implementadas e Em Implementação chega a praticamente 80%, considera-se que há o compromisso do gestor em acatar as medidas propostas pelo Tribunal.

135. Merece destaque a articulação que vem sendo promovida entre a SVS e o Incra, com a participação de técnicos do instituto em oficinas de trabalho promovidas pela coordenação do PNCH, de modo a capacitar esses servidores para atuar com o temática hanseníase em assentamentos de reforma agrária. Foi identificada também a promoção de ações de educação em hanseníase junto a profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família, mediante a confecção e distribuição de manual destinado aos agentes comunitários de saúde. O manual traz informações sobre o que deve fazer o agente comunitário ao suspeitar de hanseníase, quais sinais e sintomas devem chamar a sua atenção e quais orientações ele deve passar ao paciente sobre o tratamento. Foi ressaltado no relatório o quanto é importante que tanto a SVS como as coordenações estaduais de hanseníase promovam a continuidade de ações dessa natureza, sobretudo nas localidades com indicadores ainda elevados de transmissão da doença. Além disso, foram realizados seminários com o intuito de formação de uma rede de comunicação sobre a hanseníase, com foco nos municípios distantes das capitais, identificando pessoas que se transformem em multiplicadores de informações na conscientização das populações dessas regiões sobre como evitar e tratar a doença.

136. O assessoramento técnico ao programa, que é uma importante atividade para a discussão e definição de estratégias para o controle da hanseníase, foi aperfeiçoado pela atuação mais efetiva do Comitê Técnico de Assessoramento da Hanseníase. Está em desenvolvimento e implantação o módulo do sistema Sinan por meio da Internet (Sinan Net), o que, pela expectativa do gestor, diminuiria a perda de dados e a incompatibilidades entre as informações geradas pelos níveis municipais e estaduais de vigilância e controle de agravos.

137. Por fim, registra-se que ainda há estados que estão bem mais avançados que outros na qualificação de seus centros de referência e têm condições de prestar, conseqüentemente, melhor atendimento a seus pacientes com hanseníase, como foi apontado na pesquisa realizada pelo Tribunal. Em relação a possuir equipe multidisciplinar, 25% dos coordenadores estaduais entrevistados manifestaram tal dificuldade. As atividades de reabilitação social (55%), reabilitação física (45%), atendimento psicológico (45%) e terapia ocupacional (35%) foram as que apresentaram maiores restrições de oferta ao paciente. Percebe-se que atividades básicas e essenciais dos Centros de Referência estão apresentando elevada dificuldade de provimento por boa parcela das coordenações estaduais do PNCH.

## **9. Proposta de Encaminhamento**

138. Diante do exposto, submetem-se os autos à consideração superior, propondo seu encaminhamento à apreciação do Ministro José Múcio Monteiro, novo relator do processo por força do art. 32 da Resolução TCU nº 175/2005, tendo em vista a ocupação da vaga do relator original, Ministro Marcos Vilaça, que se aposentou, com proposta de:

- a) Encaminhar cópia do Acórdão que vier a ser adotado pelo Tribunal, bem como do Relatório e do Voto que o fundamentarem, e do inteiro teor do presente relatório para os seguintes destinatários: a) Ministro de Estado da Saúde; b) Secretário de Vigilância em Saúde; c) Presidente da Comissão de



Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados; e d) Presidente da Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal;

- b) Restituir os autos à Seprog para que programe a continuidade do monitoramento do Acórdão TCU nº 2.259/2006-Plenário;
- c) Arquivar os autos na Seprog.

Brasília/DF, em 16 de dezembro de 2009.

**Bruno de Souza Machado**  
ACE - 6545-5

**Mayalu Tameirão Azevedo**  
ACE - 6554-4

**Apêndice A – Acórdão TCU nº 2.259/2006-Plenário**

1. Processo nº TC 012.489/2005-2
2. Grupo: I - Classe de Assunto: V – Relatório de Auditoria Operacional
3. Interessado: Tribunal de Contas da União
4. Entidade: Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS/MS
5. Relator: Ministro Marcos Vinícios Vilaça
6. Representante do Ministério Público: Não atuou
7. Unidade Técnica: Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo - SEPROG
8. Advogado constituído nos autos: Não atuou
9. Acórdão:

VISTOS, relatados e discutidos estes autos de auditoria de natureza operacional realizada com a finalidade de avaliar o Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase.

ACORDAM os Ministros do Tribunal de Contas da União, reunidos em Sessão Plenária, em:

9.1. recomendar à Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS que:

9.1.1. estabeleça parcerias com o Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária - Incra (para atuação em assentamentos), a Fundação Nacional de Saúde - Funasa e o Exército, além de outros, como forma de aumentar a identificação de novos casos de hanseníase e resgate de abandonos de tratamento;

9.1.2. oriente as coordenações estaduais e municipais no sentido de:

9.1.2.1. considerar, por ocasião da definição das estratégias de capacitação: a inclusão de auxiliares de enfermagem e agentes de endemia e/ou de saneamento, além de outros, respeitadas as peculiaridades e as atribuições de cada profissional; a ênfase na parte prática (trabalhos de campo); a avaliação de impacto (resultados); e a elaboração de álbum seriado/cartilha educativa, a ser incorporado(a) ao material de trabalho permanente dos profissionais (Agentes Comunitários de Saúde, agentes de endemias, visitadoras, agentes de saneamento);

9.1.2.2. promover ações de integração com os órgãos de assistência social de modo a prestar serviços de transporte e alimentação aos pacientes em tratamento, visando garantir sua reabilitação;

9.1.2.3. intensificar a articulação com a assistência farmacêutica para aperfeiçoar a aquisição e distribuição de medicamentos para o tratamento das reações, naquilo que couber;

9.1.2.4. realizar ações de educação em saúde e mobilização social, considerando a abordagem da questão do preconceito e diretrizes elaboradas por essa Secretaria para fins de divulgação de informações sobre a hanseníase;

9.1.2.5. intensificar parcerias com igrejas, escolas, sindicatos e outras entidades que promovam ações comunitárias, assim como com instituições de ensino superior ou de nível médio que ofereçam cursos, tais como os de enfermagem, fisioterapia e terapia ocupacional;

9.1.2.6. aumentar a divulgação dos conselhos de saúde e dos canais de comunicação para denúncias e sugestões, como, por exemplo, fazendo constar de panfletos e cartazes o telefone do Telehansen;

9.1.2.7. realizar campanhas de divulgação dirigidas a públicos específicos, como, por exemplo, professores de educação física, alunos de escolas de ensino fundamental, agentes de saneamento/endemias, para que encaminhem pessoas com lesões suspeitas às unidades básicas para diagnóstico e tratamento;

9.1.2.8. estabelecer calendário de campanhas de divulgação periódicas e sistemáticas sobre a hanseníase;

9.1.3. operacionalize o Comitê Técnico de Assessoramento do PNEH, instituído pela Portaria SVS/MS nº 62, de 24 de novembro de 2005, definindo as atribuições de seus integrantes e a periodicidade das reuniões;

9.1.4. consolide a implantação do Grupo Tarefa para promover maior articulação entre as coordenações das três esferas de governo, sem prejuízo das demais atribuições;

9.1.5. busque articulação com outros programas de governo voltados à reabilitação física e social de pacientes, de forma a promover ações integradas e específicas para o atendimento de pacientes portadores de incapacidades e deformidades;

9.1.6. intensifique o acompanhamento das metas de descentralização acordadas nos Planos Anuais de Trabalho - PAT estaduais, a exemplo do que já vem ocorrendo com as metas estabelecidas no Pacto de Indicadores da Atenção Básica e na PPI-VS;

9.1.7. recomende a criação dos PAT com metas de descentralização entre estados e municípios;

9.1.8. recomende aos estados que utilizem, com vistas ao reconhecimento e à habilitação dos Centros de Referência Estaduais, os mesmos critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde - Portaria SVS/MS no 41, de 21 de setembro de 2005 - para os Centros de Referência Nacionais, consideradas as adaptações necessárias;

9.1.9. busque articulação com estados e municípios com o objetivo de formular política de incentivo que assegure a qualidade da informação gerada por meio de validação das informações sobre a retirada dos pacientes em registro ativo; a uniformidade das bases de dados existentes tanto na esfera municipal como na estadual e federal; e a alimentação correta e tempestiva dos sistemas de informação, tendo em vista a produção de indicadores de desempenho plenamente confiáveis;

9.1.10. intensifique parcerias com instituições de pesquisa, com vistas à validação dos indicadores mais importantes;

9.1.11. busque articulação com o Conasems, no sentido de estimular as secretarias municipais de saúde a se organizarem em consórcios, constituídos sob a forma de associações públicas ou pessoas jurídicas de direito privado, para atuar em áreas específicas do processo de eliminação da hanseníase, conforme comando da Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005;

9.1.12. promova a atualização do módulo de hanseníase do Sistema de Informações de Agravos de Notificação - Sinan, disponibilizando-o, por meio da Internet, de modo que os municípios possam alimentar diretamente a base de dados nacional;

9.1.13. inclua entre os indicadores pactuados na Atenção Básica ou na PPI-VS os seguintes indicadores propostos:

9.1.13.1. Proporção de examinados entre os contatos intradomiciliares de casos novos diagnosticados no ano: (Número de contatos intradomiciliares de casos novos diagnosticados no ano, que foram examinados / Número total de contatos intradomiciliares de casos novos diagnosticados no ano) X 100;

9.1.13.2. Proporção de unidades de saúde da rede básica que realizam diagnóstico e tratamento da hanseníase: (Número de centros de saúde, postos de saúde e unidades de saúde da família, cadastrados no SUS, que realizam diagnóstico e tratamento da hanseníase / Número total de centros de saúde, postos de saúde e unidades de saúde da família cadastrados no SUS) X 100;

9.1.13.3. Proporção de menores de 15 anos entre os casos novos: (Número de casos novos em menores de 15 anos / Número de casos novos que tiveram a idade anotada) X 100.

9.2. recomendar à Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS, em conjunto com as Secretarias Estaduais de Saúde - SES, que:

9.2.1. identifiquem e realizem parcerias com instituições públicas ou privadas para a inserção dos pacientes no mercado de trabalho, levando em consideração suas condições físicas e a importância do trabalho como fator de integridade pessoal e provimento de sustento;

9.2.2. utilizem de forma integrada as informações e dados do SIAB, SIA e SIH, a fim de obterem diagnóstico operacional e epidemiológico mais amplo e preciso que subsidie o processo de planejamento, execução e controle das ações de eliminação da hanseníase.

9.3. recomendar à Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS, em conjunto com o Departamento de Atenção Básica - DAB, que criem mecanismos capazes de incentivar e controlar as visitas médicas domiciliares, no intuito de incrementá-las, de forma consonante com a expansão da cobertura populacional do PSF;



9.4. recomendar à Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS que implemente, em conjunto com as secretarias estaduais e municipais de saúde, o processo de referência de hospitais universitários, estabelecendo-se uma linha de ação em reabilitação física para as pessoas atingidas pela hanseníase, tendo como pressupostos o atendimento às Portarias nos 586 e 587/GM/MS, de 6 de abril de 2004, e a consulta a atores envolvidos, tais como Conselho Federal de Medicina - CFM, Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM, Sociedades e Associações Médicas e Hospitalares;

9.5. recomendar ao Ministério da Saúde que articule grupo de contato de auditoria, com a participação de técnicos da SVS/MS e Assessor Especial do Controle Interno do Ministério da Saúde, e convide também representantes da Secretaria Federal de Controle Interno da Controladoria-Geral da União, para atuar como canal de comunicação com este Tribunal, com o objetivo de facilitar o acompanhamento da implementação das recomendações e determinação do TCU;

9.6. determinar à Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde que remeta ao Tribunal de Contas da União, no prazo de 90 (noventa) dias, plano de ação contendo o cronograma de adoção das medidas necessárias à implementação das recomendações e determinação prolatadas, com os nomes dos responsáveis pela implementação dessas medidas;

9.7. remeter cópia deste Acórdão, bem como do Relatório e Voto que o fundamentam, aos Presidentes dos Tribunais de Contas dos estados e do Distrito Federal para subsidiar possíveis exames na área controle e eliminação da hanseníase ou de outras doenças de notificação compulsória;

9.8. remeter cópia deste Acórdão, bem como do Relatório e Voto que o fundamentam, ao Ministro da Saúde; ao Ministro da Fazenda; ao Ministro do Planejamento, Orçamento e Gestão; ao Ministro da Integração Nacional; à Ministra-Chefe da Casa Civil; ao Comandante do Exército; ao Presidente do Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária; ao Presidente da Fundação Nacional de Saúde; ao Secretário de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde; ao Assessor Especial de Controle Interno do Ministério da Saúde; ao Secretário Federal de Controle Interno; aos Secretários Estaduais de Saúde; ao Presidente do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde; ao Coordenador do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde; ao Presidente do Senado Federal; ao Presidente da Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal; ao Presidente da Comissão Mista de Planos, Orçamentos Públicos e Fiscalização do Congresso Nacional; ao Presidente da Câmara dos Deputados; aos Presidentes das Comissões de Fiscalização Financeira e Controle e de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados; e ao Senador Sebastião Viana;

9.9. arquivar o presente processo.

10. Ata nº 48/2006 – Plenário

11. Data da Sessão: 29/11/2006 – Ordinária

12. Especificação do quórum:

12.1. Ministros presentes: Guilherme Palmeira (Presidente), Marcos Vinícios Vilaça (Relator), Valmir Campelo, Walton Alencar Rodrigues, Ubiratan Aguiar, Benjamin Zymler e Augusto Nardes.

12.2. Auditores convocados: Augusto Sherman Cavalcanti e Marcos Bemquerer Costa.

**GUILHERME PALMEIRA**

Presidente

**MARCOS VINÍCIOS VILAÇA**

Ministro-Relator

Fui presente:

**LUCAS ROCHA FURTADO**

Procurador-Geral

## Apêndice B – Aspectos constantes do instrutivo para acompanhamento das metas de controle da hanseníase e monitoramento das ações pactuadas na PAVS.

### 6. CONTROLE DE DOENÇAS

Ação 6.1. Realizar exames coprocoscópicos para controle de esquistossomose em áreas endêmicas.

Ação 6.2. Realizar tratamentos coletivos para filariose linfática de comunidades de áreas endêmicas.

Ação 6.3. Realizar exames oculares externo em escolares para detecção de portadores da infecção tracomatosa em áreas endêmicas.....

Ação 6.4. Curar casos de leishmaniose tegumentar americana (LTA) e leishmaniose visceral (LV), de acordo com as diretrizes.

Ação 6.5. Avaliar o grau de incapacidades físicas I e II nos casos novos de hanseníase.

Ação 6.6. Avaliar o grau de incapacidades físicas I e II nos casos curados de hanseníase.

Ação 6.7. Examinar os contatos intradomiciliares dos casos novos de hanseníase, de acordo com as normas preconizadas.

#### Ação 6.5 – Avaliar o grau de incapacidades físicas I e II nos casos novos de hanseníase

**Parâmetro:** Casos novos de hanseníase com grau de incapacidade I ou II avaliados

**Importância:** Estimar a efetividade da atividade de detecção precoce de casos e a endemia oculta.

**Método de Cálculo:**

(Casos novos de hanseníase avaliados com grau de incapacidade I e II / Total de casos novos na detecção no ano de avaliação) x 100

**Fonte de Verificação:** SINAN nas três esferas

**Informações Adicionais:** o detalhamento para obtenção desse indicador está contido no Roteiro do SINAN para hanseníase

#### Ação 6.6 – Avaliar o grau de incapacidades físicas I e II nos casos curados de hanseníase

**Parâmetro:** Casos curados de hanseníase com grau de incapacidade I ou II avaliados

**Importância:** avaliar a qualidade do tratamento quimioterápico e prevenção de incapacidades físicas

**Método de Cálculo**

Total de casos curados de hansen PB e MB com graus de incapacidade física zero, I e II avaliados / Total de casos curados de hanseníase nas coortes PB e MB) x 100

**Fonte de Verificação:** SINAN

**Informações Adicionais:**

O detalhamento para obtenção desta ação está contido no Roteiro do SINAN para hanseníase.

Devem ser calculados separadamente, pois o tempo de tratamento específico é diferente para PB e MB. Consequentemente, são considerados anos de coorte de avaliação diferentes. Para o resultado geral deve ser somado os resultados de cada um.

#### Ação 6.7 – Examinar os contatos intradomiciliares dos casos novos de hanseníase, de acordo com as normas preconizadas.

**Parâmetro:** contatos intradomiciliares examinados.

**Importância:** medir a capacidade do serviço de saúde em realizar investigação epidemiológica de focos de hanseníase

**Método de Cálculo:**

(Contatos de casos novos de hanseníase do ano examinados / Total de contatos de casos novos do ano registrados) x 100

**Fonte de Verificação:** SINAN nas três esferas

**Informações Adicionais:**

O detalhamento para obtenção dessa ação está contido no Roteiro do SINAN para hanseníase. O exame de contato é muito importante para se identificar e tratar as fontes de infecção ativa e está indicado em 100% dos casos em < de 15 anos, nas áreas hiperendêmicas.

## **Apêndice C – Breve histórico do controle da Hanseníase no Brasil<sup>1</sup>**

Os primeiros registros oficiais e comprovados de hanseníase no mundo vêm da Índia e são datados de aproximadamente 600 anos antes de Cristo. Desde então, a doença carrega consigo um misto de preconceito e estigma devido essencialmente às deformidades que ela provocava, quando ainda não tinha cura, e faltava informação e esclarecimentos sobre as formas de contágio e tratamento da doença.

No Brasil, é provável que a hanseníase tenha sido introduzida com a chegada dos primeiros europeus, ainda no período colonial. Segundo fontes históricas, os primeiros casos de hanseníase ocorreram no Rio de Janeiro por volta do ano de 1600.

Dois séculos depois do início da colonização portuguesa é possível datar as primeiras iniciativas de cuidados em relação à doença tomadas por D. João V, que mandou construir leprosários para afastar os doentes da população dita sadia.

Em 1904, com a primeira grande reforma sanitária no país efetuada pelo cientista Oswaldo Cruz, a doença passou a ter notificação compulsória. Nesse mesmo período, conceitos como o de microorganismo e de contágio passaram a vigorar no pensamento médico brasileiro. Assim, o projeto de confinar os pacientes hansenianos num espaço fechado foi logo patrocinado por médicos e cientistas famosos, como Oswaldo Cruz, uma vez que os hospitais se tornaram inadequados para o tratamento da doença.

Em 1920, a recém-inaugurada Inspeção de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas instituiu uma política específica para o combate à hanseníase no Brasil. As propostas para a hanseníase, no entanto, não foram completamente vitoriosas. As preocupações com o tratamento da sífilis acabou mobilizando a maior parte de seus dirigentes que culminou com a extinção da Inspeção, em 1934.

Desde 1930, o processo de isolar compulsoriamente pacientes em hospitais-colônia já era realizado por alguns governos estaduais como, por exemplo, São Paulo, Minas Gerais e mais tarde Rio de Janeiro, por iniciativa, principalmente, de instituições filantrópicas. Com a criação do Serviço Nacional de Lepra, em 1941, foi lançada a Campanha Contra Lepra e, amparado pela Lei nº 610, de janeiro de 1949, o isolamento foi oficializado para todas as Unidades da Federação.

A base do tratamento era o óleo de chaulmoogra, medicamento fitoterápico originário da Índia, tido como única forma medicamentosa de se tratar a doença. Consistia em seu uso interno, por meio de injeções, e externo, via aplicações cutâneas, provocando fortes efeitos colaterais como vômitos e diarreia. Outra forma de tratamento nesse período era a eletrocauterização das lesões. Ambos os tratamentos, no entanto, se mostraram ineficazes e representavam um sofrimento para seus usuários. Assim, em meados da década de 1950 o uso da sulfona é difundido para todos os estados e o medicamento substituí, definitivamente, as outras formas de tratamento.

A Campanha Nacional do Controle da Hanseníase, em 1959, incorporou como prática cotidiana no combate à hanseníase as deliberações aprovadas nos congressos

---

<sup>1</sup> DAMASCO, Mariana. **História e Memória da Hanseníase no Brasil do século XX: o Olhar e a Voz do Paciente**. PUC/RJ, 2005.

realizados em anos anteriores, que tratavam das providências educativas, médicas, sociais e legais, e acabaram tornando o isolamento definitivamente banido como medida terapêutica.

A partir dos anos 1970, inicia-se uma política de descentralização no programa de controle da hanseníase, através das Secretarias Estaduais de Saúde e, mais recentemente, também das Secretarias Municipais, que passam a ocupar um papel de grande relevância nesse processo. Nessa mesma década, a Organização Mundial da Saúde recomendou o emprego da poliquimioterapia no Brasil e nos demais países que ainda não a utilizavam. Paralelamente a isso, iniciou-se um movimento com o objetivo de minimizar o preconceito e o estigma que envolve o termo lepra. Dessa forma, em 1977, foi oficialmente abolido no país o uso da palavra lepra e seus derivados, passando a doença a ser designada como hanseníase.

Na década de 1980, acompanhando o contexto brasileiro do fim de 20 anos de ditadura política e a busca da democracia, foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde que afirmava a necessidade do resgate dos direitos sociais do cidadão. Foi também o momento que a comunidade médica questionou-se sobre o que fazer com os pacientes que ficaram décadas internados e isolados socialmente, e sobre como redefinir o papel dos leprosários. No último caso, a grande maioria foi transformada em hospitais gerais e em centros de pesquisa.

## Notas de fim

---

<sup>i</sup> Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Guia para o Controle da hanseníase*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

<sup>ii</sup> Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Hanseníase e direitos humanos: direitos e deveres dos usuários do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

<sup>iii</sup> O Plano de Saúde deve apresentar as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, contemplando necessariamente todas as áreas da atenção à saúde. Trata-se da base para a execução, acompanhamento, avaliação e gestão do sistema de saúde (Portaria MS nº 3.332/2006, art. 2º). A Programação Anual de Saúde é o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde, contendo as ações, metas anuais, indicadores que serão utilizados para o monitoramento da programação e recursos orçamentários necessários para garantir o alcance dos objetivos (Portaria MS nº 3.332/2006, art. 3º). O Relatório de Gestão é o instrumento que apresenta os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde e deve conter, entre outros elementos, o resultado da apuração dos indicadores, a análise da execução da programação física e orçamentária/financeira, a comprovação dos resultados alcançados quanto à execução do plano de saúde (Portaria MS nº 3.332/2006, art. 4º, §3º, Decreto 1.651/1995, art. 6º, §3º). Esse relatório é instrumento das ações de auditoria e controle e insumo básico para a avaliação do Plano de Saúde (art. 4º da Portaria MS nº 3.332/2006).