



**Relatório de Auditoria de Natureza Operacional
no Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase – PNEH**

TC nº 012.489/2005-2

Fiscalis nº: 716/2005

Ministro Relator: Marcos Vinícios Vilaça

Modalidade: Avaliação de Programa

Ato originário: Plano de Auditoria, aprovado pelo Acórdão n.º 879/2005-Plenário

Objetivo: Realizar auditoria de natureza operacional no Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase

Ato de designação: Portaria de Fiscalização Adfis nº. 1.474, de 6/10/05

Período abrangido pela auditoria: exercícios de 1999 a 2005

Período de realização da auditoria: planejamento, de 01/08/2005 a 16/09/2005; execução, de 17/10/2005 a 28/10/2005, e relatório, de 31/10/2005 a 25/11/2005

Equipe de auditoria:

Nome	Matrícula	Lotação
Renato Kanemoto (coordenador)	4591-8	Seprog
Cléber da Silva Menezes	3101-1	Secex-GO
Juliano Fisicaro Borges	-	AGE/MG
Lídia Maria Lopes Pereira da Silva	-	TCE/PE
Maria Lúcia de Oliveira F. de Lima	3135-6	Seprog
Rodrigo do Amaral Vargas Brandão	5059-8	Seprog
Glória Maria Merola C. Bastos (supervisora)	2690-5	Seprog

Unidade: Secretaria de Vigilância em Saúde

Vinculação ministerial: Ministério da Saúde

Vinculação no TCU: 4ª Secex

Responsável pelo Programa: Jarbas Barbosa da Silva Júnior; CPF: 152.884.394-00
Secretário da Secretaria de Vigilância em Saúde
Período: desde junho de 2002

Gerente do Programa: Rosa Castália França Ribeiro Soares; CPF: 197.796.405-25
Coordenadora do Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase
Período: desde março de 2004



Agradecimentos

Uma condição essencial para que se desenvolva um trabalho consistente nas auditorias de natureza operacional é o envolvimento dos principais atores nas diversas etapas, de forma a estabelecer uma parceria entre a equipe de auditoria e os dirigentes, coordenadores e técnicos do Programa auditado.

Durante a fase de execução, a coordenadora e os técnicos da Secretaria de Vigilância em Saúde mostraram-se solícitos e cooperativos em fornecer os documentos e informações necessários ao desenvolvimento dos trabalhos. Igualmente relevante foi o apoio logístico prestado pelos coordenadores estaduais, distrital e municipais do PNEH e do PSF durante as visitas de estudo.

Além de poder contar com a colaboração de especialistas independentes e com profundo conhecimento acerca do Programa e do tema hanseníase, de forma a facilitar a identificação e a validação dos principais achados de auditoria, a equipe teve a oportunidade de participar da II Reunião Macro Regional Norte de Avaliação do Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase e da V Mostra Nacional de Experiências Bem Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças (EXPOEPI), a convite do órgão gestor, o que ensejou inúmeros ganhos para a consecução dos trabalhos.

Cabe agradecer, portanto, o apoio das seguintes pessoas:

- Sebastião Viana - Senador pelo Estado do Acre
- Jarbas Barbosa da Silva Júnior - Secretário da Secretaria de Vigilância em Saúde / MS
- Rosa Castália França Ribeiro Soares - Coordenadora do Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase / SVS
- Cleômenes Batista - ex-Coordenador de auditorias da saúde / CGU
- Alexandre Martins - Monitor de programas da função Saúde / MPOG
- José Ênio Servilha Duarte - Secretário Executivo do Conasems
- Glaudstony Cavalcante Maia - Técnico de Finanças e Controle do Tribunal de Contas da União
- Marcos Virmond - Diretor do Instituto Lauro de Souza Lima de Bauru/SP
- Norma T. Foss - Presidente da Sociedade Brasileira de Hansenologia / SBH
- Gerson Penna - Vice-Presidente da Sociedade Brasileira de Dermatologia
- Maria Eugênia Noviski Gallo - Médica pesquisadora e chefe de laboratório da Fiocruz / RJ
- Artur Custódio Moreira de Souza - Diretor Nacional do Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase - Morhan
- Adeusinha Jerônima Ribeiro Dias - Representante do Morhan / DF

Resumo

1. A presente auditoria encontra-se prevista no Plano de Auditoria do Tribunal para o segundo semestre de 2005, aprovado pelo Acórdão n.º 879/2005 – Plenário, sendo o seu objeto o Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase – PNEH, gerenciado pela Secretaria de Vigilância em



Saúde do Ministério da Saúde.

2. O PNEH, cujo público-alvo é constituído pela sociedade em geral, tem por objetivo eliminar a hanseníase como problema de saúde pública no Brasil, compromisso pactuado com a Organização Mundial de Saúde – OMS desde 1991. A hanseníase no Brasil tem maior prevalência nos estados do Norte, Nordeste e Centro-Oeste.
3. A auditoria buscou verificar se a priorização de ações coordenadas pelo PNEH vem proporcionando de forma sustentada a precocidade no diagnóstico e a eficácia no tratamento e na reabilitação física e social de incapacidades, com vistas à eliminação da doença como problema de saúde pública. Em complemento, desenvolveram-se análises de caráter predominantemente quantitativo para visualização do perfil epidemiológico da doença e avaliação da qualidade das informações geradas pelos diversos sistemas.
4. A metodologia utilizada envolveu visitas de estudo a 12 UF e 21 municípios, além de pesquisas postal e por meio eletrônico com os principais atores envolvidos. Procedeu-se à análise de documentos e planilhas produzidos pelo Ministério da Saúde e secretarias estaduais de saúde; trabalhos técnicos e acadêmicos; e, especialmente, dados secundários dos sistemas informatizados.
5. Entre os problemas relacionados às ações desenvolvidas na atenção básica, observaram-se deficiências na execução de ações de controle e eliminação da hanseníase. Contudo, deve-se registrar como boa prática a iniciativa de capacitar agentes de outras áreas, como saneamento e dengue, para realizar busca de faltosos e identificar casos suspeitos de hanseníase.
6. No que concerne ao Programa Saúde da Família – PSF, responsável pelas ações de prevenção, diagnóstico e tratamento, verificou-se, na Região Nordeste, elevado número de consultas realizadas por médicos nas unidades de saúde, enquanto as visitas médicas domiciliares, uma das principais atividades previstas no Programa, vêm apresentando tendência de queda. Já os municípios prioritários do PNEH apresentam índices menores para as duas atividades, o que sinaliza o baixo desempenho do PSF na área de maior incidência da doença.
7. As ações de educação e mobilização social ainda são insuficientes e apresentam falhas de implementação, indicando que o nível de informação sobre a doença e a participação da sociedade no processo de eliminação da hanseníase precisam ser intensificados. Apesar dos problemas, boas práticas encontradas nos estados e municípios podem ser destacadas: estabelecimento de cotas mensais de visitas médicas domiciliares e criação de grupo tarefa para apoiar unidades de saúde na realização das campanhas.
8. No que diz respeito aos controles internos dos processos de implementação exercidos pelo Programa, constataram-se riscos ao alcance dos objetivos, tais como baixo percentual de descentralização das ações dirigidas à doença e problemas no banco de dados dos sistemas informatizados.
9. No contexto da descentralização do SUS, há dificuldades de articulação entre as coordenações do PSF e do PNEH em todas as esferas governamentais. Na área de reabilitação física e social, os estados e os municípios prioritários contam com baixa capacidade dos serviços de média e alta complexidade em prover a recuperação dos seqüelados. Por outro lado, atividades que seriam de



competência de unidades básicas também vêm sendo realizadas por centros de referência, resultando na centralização do atendimento local.

10. Casos de preconceito envolvendo a comunidade e alguns profissionais de saúde, ou mesmo de auto-preconceito, em geral causados por desinformação ou incompreensão, trazem prejuízos à recuperação dos próprios doentes.

11. A avaliação de indicadores de saúde utilizados pelo PNEH revelou que ainda não possuem o grau de confiabilidade desejável e que os indicadores adotados na Atenção Básica e na Programação Pactuada Integrada em Vigilância em Saúde – PPI/VS são insuficientes, podendo acarretar dificuldades para o planejamento e definição das ações. Deve-se, contudo, ressaltar o estabelecimento de parceria entre o Ministério da Saúde e a Organização Mundial de Saúde para a realização de monitoramentos que contribuem para a validação dos indicadores vigentes – *Leprosy Elimination Monitoring* – LEM.

12. O estudo comparativo de indicadores em municípios prioritários e seus limítrofes não prioritários indica que os primeiros vêm apresentando demanda aumentada por diagnóstico, tratamento e internação hospitalar de pacientes atingidos pela hanseníase, em razão de provável migração de casos do segundo grupo de municípios. Também foram identificadas deficiências relativas à operacionalização do Sistema de Informações de Agravos de Notificação – Sinan – e à integração dos sistemas de informação mantidos pelo Ministério da Saúde.

13. Em que pesem os esforços da coordenação central, com vistas à consolidação do PNEH, como a organização de reuniões macrorregionais periódicas e o lançamento das cartas de eliminação e avisos de alerta, alguns problemas persistem. Tendo em vista as dificuldades e deficiências apontadas, foi elaborada proposta de recomendações com o objetivo de minimizá-las e de promover melhorias em ações da atenção básica, em especial a pesquisa de comunicantes, a busca ativa e a prevenção de incapacidades; na veiculação de informações sobre a doença; na busca de maior comprometimento e co-responsabilidade dos gestores; no atendimento de maior complexidade e na qualificação dos profissionais que trabalham com a reabilitação física; e, por fim, na obtenção de indicadores plenamente confiáveis que propiciem melhor planejamento e definição das ações.

14. Por fim, desde que os referidos avanços se concretizem, espera-se alcançar maior sustentabilidade das ações, com impacto positivo na reinserção física e social das pessoas atingidas pela hanseníase, na diminuição do preconceito em relação à doença e na qualidade de vida e das condições gerais de cidadania dos beneficiários do Programa.



Lista de Siglas

Abrasco: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
ACE: Analista de Controle Externo
AGE/MG: Auditoria Geral do Estado de Minas Gerais
AIFO: *Associazione Italiana Amici de Raoul*
ALM: *American Leprosy Missions*
BCG: Bacilo de *Calmette e Guérin* (vacina contra a tuberculose)
CFM: Conselho Federal de Medicina
CNRM: Comissão Nacional de Residência Médica
CR: Centro de Referência
Conasems: Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
Conass: Conselho Nacional de Secretários de Saúde
Conep: Comitê Nacional de Ética em Pesquisa
COSO: *Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission*
CGU: Controladoria Geral da União
DAB/MS: Departamento de Atenção Básica – Ministério da Saúde
DAHW: *Deutsche Lepra und Tuberkulosehilfe*
Datasus: Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde
DFB: *Damien Foundation Belgium*
Fiocruz: Fundação Oswaldo Cruz
Funasa: Fundação Nacional de Saúde
IBGE : Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH: Índice de Desenvolvimento Humano
ILEP: *International Federation of Anti-leprosy Associations*
ILSL: Instituto Lauro de Souza Lima
LEM: *Leprosy Elimination Monitoring*
LRA: *British Leprosy Relief Association*
Morhan: Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase
MS: Ministério da Saúde
NLR: *Netherlands Leprosy Relief*
OMS: Organização Mundial de Saúde
ONG: Organização Não-Governamental
OPAS: Organização Pan-Americana da Saúde
PAB: Piso de Atenção Básica
PACS: Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAT: Plano Anual de Trabalho
PPA: Plano Plurianual



PQT: Poliquimioterapia
PSF: Programa Saúde da Família
SBD: Sociedade Brasileira de Dermatologia
SBH: Sociedade Brasileira de Hansenologia
Secex: Secretaria de Controle Externo
Seprog: Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo
SES: Secretaria Estadual de Saúde
SIA/SUS: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SIAB: Sistema de Informação da Atenção Básica
SIH/SUS: Sistema de Informações Hospitalares do SUS
Sinan: Sistema de Informações de Agravos de Notificação
SMS: Secretaria Municipal de Saúde
SUS: Sistema Único de Saúde
SVS/MS: Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde
TCE/PE: Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco
TCU: Tribunal de Contas da União
TF-VS: Teto Financeiro de Vigilância em Saúde
UF: Unidade da Federação
UFU: Universidade Federal de Uberlândia
UnB: Universidade de Brasília
USP: Universidade de São Paulo



Índice de tabelas

Tabela 1 – Estados e municípios visitados na auditoria.....	13
Tabela 2 – Levantamento das pesquisas por público-alvo. Período: outubro e novembro de 2005.....	14
Tabela 3 – Histórico orçamentário/financeiro – 2002/2005.....	22
Tabela 4 – Consultas e visitas médicas/dia/ESF. Regiões Nordeste e Norte. Período: 2001 a 2004.....	36
Tabela 5 – Realização de procedimentos de reabilitação física em hospitais gerais nos estados e municípios prioritários.....	53
Tabela 6 – Hospitais gerais universitários e de ensino por Região do Brasil.....	53
Tabela 7 – Proporção de casos novos diagnosticados com grau de incapacidade em seis UF. Período: 1999 a 2003.....	65
Tabela 8 – Proporção de casos novos detectados em menores de 15 anos em municípios prioritários e vizinhos não-prioritários. Período: 1999 a 2005.....	72
Tabela 9 – Casos novos detectados em três municípios do Maranhão. Período : 1999 a 2004.....	73
Tabela 10 – Detecção por local de atendimento e dose supervisionada de PQT. Região Centro-Oeste. a 2004.....	79
Tabela 11 – Consulta médica, detecção de casos e internação por hanseníase em 15 municípios prioritários. Período: 1999 a fevereiro de 2005.....	81
Tabela 12 – Cobertura populacional do PSF com base no SIAB e no DAB em dezembro de 2004.....	85
Tabela 13 – Indicadores de desempenho propostos para pactuação.....	92

Índice de gráficos

Gráfico 1 – Tempo do coordenador municipal no cargo, em meses.....	31
Gráfico 2 – Índices de visitas e consultas médicas por ESF. Região Nordeste. Período: 1999 a 2004.....	35
Gráfico 3 – Índices de visitas e consultas médicas por ESF. Região Norte. Período: 1999 a 2004.....	36
Gráfico 4 – Municípios da Região Norte, com 15% ou mais de cobertura do PSF, que não realizaram consultas médicas (%). Período: 1999 a agosto de 2005.....	37
Gráfico 5 – Óbitos por hanseníase – Regiões. Período: 1996 a 2003.....	38
Gráfico 6 – Óbitos por hanseníase – AM, PA, MA e CE. Período: 1996 a 2003.....	38
Gráfico 7 – Internações por hanseníase – Regiões. Período: 2000 a 2004.....	38
Gráfico 8 – Internações por hanseníase – MA e PI. Período: 2000 a 2004.....	38
Gráfico 9 – Internações por faixa etária – hanseníase. Regiões Nordeste e Norte. Período: 2000 a 2004.....	39
Gráfico 10 – Índices de visitas e consultas médicas por ESF dos 78 municípios prioritários do NE. Período: 1999 a 2004.....	40
Gráfico 11 – Fornecimento de órteses e próteses por municípios prioritários.....	50
Gráfico 12 – Proporção de consultas de pacientes com graus de incapacidade I e II no ILSL/SP. Período: 2000 a 2004.....	51
Gráfico 13 – Realização de cirurgias reparadoras em municípios prioritários.....	53
Gráfico 14 – Principais dificuldades para o desenvolvimento de atividades nos hospitais-colônia.....	56
Gráfico 15 – Acompanhamento por psicólogo em municípios prioritários.....	57
Gráfico 16 – Faixa de renda familiar dos pacientes entrevistados.....	60
Gráfico 17 – Atividades desenvolvidas nos centros de referência.....	61
Gráfico 18 – Situações de preconceito vivenciadas por pacientes.....	63
Gráfico 19 – Proporção de cura da hanseníase no Brasil. Período: 1994 a 2004.....	66
Gráfico 20 – Taxa média de detecção por local de residência de 68 municípios prioritários e de 136 vizinhos não-prioritários. Período: 1999 a 2004.....	70



Gráfico 21 – Taxa média de detecção por local de atendimento e de residência – municípios prioritários. Período: 1999 a 2004.....	71	
Gráfico 22 – Taxa média de detecção por local de atendimento e de residência – municípios vizinhos. Período: 1999 a 2004.....	71	Período:
Gráfico 23 – Cobertura média anual do PSF de 68 municípios prioritários e 136 vizinhos não-prioritários. Período: 1999 a novembro de 2005.....	72	Período: 1999
Gráfico 24 – Proporção de casos novos detectados em menores de 15 anos em municípios prioritários e vizinhos não-prioritários. Período: 1999 a 2005.....	73	
Gráfico 25 – Taxa de internação por local de atendimento e de residência – municípios prioritários. Período: 1999 a 2004.....	74	Período: 1999
Gráfico 26 – Taxa de internação por local de atendimento e de residência – municípios vizinhos. Período: 1999 a 2004.....	74	Período: 1999
Gráfico 27 – Deficiências relativas à operacionalização do Sinan.....	77	
Gráfico 28 – Detecção por local de atendimento Regiões do Brasil. Período: 2000 a 2004.....	79	
Gráfico 29 – Dose supervisionada de PQT. Regiões do Brasil. Período: 2000 a 2004.....	79	
Gráfico 30 – Detecção por local de atendimento e dose supervisionada de PQT. Região Centro-Oeste. Período: 2000 a 2004.....	80	Período: 2000
Gráfico 31 – Cadastramento e detecção de hanseníase em menores de 15 anos no Brasil. Período: 1999 a 2005.....	82	
Gráfico 32 – Cadastramento e detecção de hanseníase em menores de 15 anos na Região Sul. Período: 1999 a 2005.....	83	1999 a
Gráfico 33 – Cobertura populacional do PSF, com base no SIAB e no DAB, no Brasil. Período: 1999 a 2005.....	84	
Gráfico 34 – Percentual de casos de hanseníase com graus de incapacidade II e III no Brasil, com base no Sinan. Período: 2001 a 2005	86	SIAB e no
Gráfico 35 – Correspondência entre os 206 municípios prioritários e os 206 com maiores proporções de em menores de 15 anos. Brasil. Período: 1999-2004.....	91	casos novos

Índice de figuras

Figura 1 – Foto de hospital colônia em 1933 exposta em museu de Bauru/SP.....	17	
Figura 2 – Coeficiente de prevalência no Brasil.....	18	
Figura 3 – Mapa de distribuição de municípios prioritários – 2005.....	21	
Figura 4 – Ala de antigo hospital-colônia em ruínas.....	26	
Figura 5 – Unidade de saúde com instalações precárias	30	
Figura 6 – Arquivo improvisado em USF	30	
Figura 7 – Fragmento de cartaz com incorreções gramaticais	42	
Figura 8 – Fragmento de cartaz com linguagem complexa	42	
Figura 9 – Fragmento de cartaz com linguagem ambígua	43	
Figura 10 – Cartazes em idioma estrangeiro.....	43	
Figura 11 – Outdoor em Imperatriz/MA	45	
Figura 12 – Outdoor em Cáceres/MT	45	
Figura 13 – Sala utilizada para atendimento e serviços de sapataria.....	50	
Figura 14 – Próteses fabricadas em centro de referência	51	
Figura 15 – Órtese fabricada em centro de referência	51	
Figura 16 – Calçado para uso de paciente com incapacidade física	52	
Figura 17 – Ala de antigo hospital-colônia em Goiás/GO	55	
Figura 18 – Distribuição dos 206 municípios prioritários e dos 206 com maior proporção de casos novos em menores de 15 anos. Brasil. Período: 1999 a 2004.....	90	em



Sumário

1. Introdução.....	11
Antecedentes.....	11
Identificação do Programa.....	11
Objetivos e escopo da auditoria.....	12
Metodologia.....	13
Forma de organização e apresentação do relatório.....	14
2. Visão geral.....	16
Relevância do tema.....	16
Objetivos e atividades do Programa.....	18
Forma de repasse de recursos.....	20
Beneficiários do Programa.....	21
Aspectos orçamentários.....	21
3. Esforços para a consolidação do PNEH.....	23
Reuniões de avaliação macrorregionais.....	23
Grupo Tarefa do Ministério da Saúde – GT.....	24
Cartas de eliminação e avisos de alerta.....	24
Plano Anual de Trabalho - PAT.....	25
Atenção aos hospitais-colônia.....	25
Comitê Técnico de Assessoramento.....	26
4. Controle e execução das ações do PNEH.....	27
Ações desenvolvidas na atenção básica.....	27
Desempenho nas visitas domiciliares e consultas médicas do PSF.....	32
<i>Regiões Nordeste e Norte</i>	33
<i>Municípios prioritários</i>	39
Ações de educação e mobilização social.....	41
Articulação entre esferas de governo e entre áreas da saúde.....	45
Conclusões sobre a questão.....	48
5. Reabilitação física e social.....	48
Reabilitação física – referências e antigos hospitais-colônia.....	48
Reabilitação social.....	56
Atividades dos centros de referência.....	58
Preconceito e informação sobre a doença.....	61
Conclusões sobre a questão.....	63
6. Quadro epidemiológico baseado na análise de indicadores.....	63
Evolução de indicadores em municípios prioritários e vizinhos não prioritários.....	67
Conclusões sobre a questão.....	74
7. Indicadores de desempenho.....	74
Operacionalização e integração dos sistemas de informação.....	75
Inter-relação de variáveis do Sinan, SIA e SIAB.....	77
<i>Detecção (Sinan) e Dose supervisionada (SIA)</i>	77
<i>Consulta médica (SIA) e Detecção de casos (Sinan)</i>	79
<i>Hanseníase de 0 a 14 anos (SIAB) e Detecção em menores de 15 anos (Sinan)</i>	81
<i>Cobertura populacional do PSF (SIAB e DAB)</i>	82
<i>Incapacidades Grau II e III (Sinan e SIAB)</i>	84
Pactuação de metas na Atenção Básica e na PPI-VS.....	86
8. Pactuações da Agenda 21 Brasileira.....	91
9. Análise dos Comentários do Gestor.....	94
Execução de ações para eliminação da doença.....	95
Reabilitação física e social.....	95
Epidemiologia da hanseníase.....	95
Comentários complementares.....	96
10. Conclusão.....	98



11. Proposta de Encaminhamento	101
Apêndices	106
Apêndice A – Controles internos ao PNEH – Metodologia COSO	107
<i>Ambiente de controle</i>	107
<i>Avaliação e controle de riscos</i>	108
<i>Informação, comunicação e monitoramento</i>	109
<i>Matriz de Riscos e Controles</i>	111
Apêndice B – Indicadores de desempenho adotados pelo Programa	115
Apêndice C – Matriz de indicadores – por dimensão	118
Apêndice D – Coletânea de relatos e histórias de vida de pessoas atingidas pela hanseníase	119
Apêndice E – Relação dos municípios prioritários e dos vizinhos não prioritários confrontados	120
Apêndice F – Estatísticas descritivas sobre cobertura do PSF e visitas e consultas médicas	123
Referências Bibliográficas	124
Glossário	126



1. Introdução

Antecedentes

1.1. A Ação Vigilância, Prevenção e Controle da Hanseníase e outras Dermatoses Relevantes foi selecionada para ser objeto de estudo de viabilidade no primeiro semestre de 2005, com base nos critérios de relevância, risco e materialidade utilizados pela Seprog na fase de seleção semestral de programas para a realização de auditorias.

1.2. A auditoria foi incluída no Plano de Auditorias para o segundo semestre de 2005, aprovado por meio do Acórdão n°. 879/2005 – Plenário.

Identificação do Programa

1.3. Até o ano de 2003 as ações voltadas para o controle da tuberculose e eliminação da hanseníase eram executadas em programas próprios e distintos. Com o PPA 2004/2007 os programas orçamentários foram unificados no Programa de Controle da Tuberculose e Eliminação da Hanseníase (1307), gerenciado pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.

1.4. A Ação Vigilância, Prevenção e Controle da Hanseníase e outras Dermatoses Relevantes, identificada no Plano Plurianual – PPA 2004/2007 sob o número 6185, do ponto de vista orçamentário, é a única ação do Programa (1307) voltada exclusivamente para a eliminação da hanseníase.

1.5. Entretanto, do ponto de vista operacional, o controle da tuberculose e a eliminação da hanseníase continuam vinculados a coordenações nacionais específicas, de forma que existe, na prática, o Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase – PNEH, dotado de amplo espectro de atuação e de autonomia gerencial necessária para a adoção de estratégias próprias e o fortalecimento de suas ações.

1.6. Por ser difícil distinguir e mensurar o que é fruto da ação orçamentária 6185 ou do PNEH, torna-se oportuno e mais consistente centralizar as análises no segundo, que de fato responde pelas ações de eliminação da hanseníase, tendo em vista sua importância no contexto das políticas públicas de saúde.

1.7. Ressalte-se que as ações de controle da tuberculose também foram objeto de estudo de viabilidade, o qual concluiu ser factível e oportuna a realização de ANOp no Programa Nacional de Controle da Tuberculose – PNCT. Contudo, em razão de auditoria realizada no Programa de Aquisição de Medicamentos para o PNCT (TC n° 929.132/1998-0) em 1998, optou-se por dar prioridade ao PNEH.



Objetivos e escopo da auditoria

1.8. Entendeu-se que a auditoria deveria verificar se a priorização de ações coordenadas pelo PNEH, inserida no contexto das pactuações firmadas com a Organização Mundial de Saúde – OMS e expressa no Plano Nacional de Mobilização e Intensificação, vem proporcionando de forma sustentada a precocidade no diagnóstico e a eficácia no tratamento e na reabilitação da população atingida, condições estas consideradas indispensáveis para a eliminação da doença como problema de saúde pública no Brasil.

1.9. Em decorrência das análises realizadas na fase de planejamento, decidiu-se por priorizar três questões de auditoria:

1. De que forma o modelo atual de controle e execução das ações desenvolvidas pelo Programa tem procurado se consolidar de maneira a dar sustentabilidade ao processo de eliminação da hanseníase?

2. De que maneira o PNEH tem contribuído para a reabilitação física e social das pessoas atingidas pela doença (seqüelados)?

3. Que conclusões podem ser obtidas a partir da análise do quadro epidemiológico da doença, baseada na evolução histórica de indicadores?

1.10. Procurou-se verificar se a implementação das ações de controle e eliminação da doença tem obtido avanço significativo e continuado na redução da transmissão e da morbidade, bem como na reabilitação física e social de incapacidades, haja vista ser a hanseníase a principal causa de incapacidade física permanente entre as doenças infecto-contagiosas e ainda intensamente estigmatizante.

1.11. Adicionalmente, avaliou-se o cumprimento de ações e recomendações, pactuadas na Agenda 21 Brasileira (derivada da Agenda 21 global), aplicáveis às ações de prevenção e controle da hanseníase inseridas na atenção básica.

1.12. Além disso, o presente trabalho buscou traçar um perfil epidemiológico da doença e obter evidências sobre a confiabilidade, consistência e compatibilidade das informações geradas.

1.13. Relataram-se, ainda, as iniciativas positivas atribuídas aos gestores e as boas práticas identificadas, a fim de que pudessem ser disseminadas; igualmente, apontaram-se dificuldades e deficiências que, por sua vez, foram determinantes na elaboração da proposta de recomendações.

1.14. A abordagem adotada não pretendeu esgotar o tema, dada a sua complexidade, mas sim contribuir para o alcance de uma política efetiva de eliminação da hanseníase que beneficie principalmente as comunidades mais atingidas, em geral, pobres e discriminadas.



Metodologia

1.15. No exame das questões de auditoria e do cumprimento das ações e recomendações da Agenda 21 brasileira foram utilizadas como estratégias metodológicas visitas de estudo, pesquisas postal e por meio eletrônico.

1.16. Procedeu-se à análise de documentos e planilhas produzidos pelo Ministério da Saúde e secretarias estaduais de saúde; trabalhos técnicos e acadêmicos; e, especialmente, dados secundários dos sistemas informatizados do SUS, do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde – DAB/MS, do Instituto Lauro Souza Lima e do IBGE, utilizados reiteradas vezes para as análises quantitativas apresentadas nos capítulos 4, 5, 6 e 7.

1.17. Na escolha dos estados e municípios visitados durante a auditoria, relacionados na tabela 1, houve maior concentração na Região Norte em virtude da maior prevalência e do maior número de casos absolutos de hanseníase na região.

Tabela 1 – Estados e municípios visitados na auditoria

Região	Estado	Municípios
Norte	Amazonas	Manaus
	Pará	Belém e Marabá
	Rondônia	Porto Velho e Ariquemes
	Tocantins	Palmas e Araguaína
Nordeste	Maranhão	São Luís e Imperatriz
	Pernambuco	Olinda e Recife
Centro-Oeste	Mato Grosso	Cuiabá e Cáceres
	Goiás	Goiânia e Luziânia
	Distrito Federal	Brasília
Sudeste	Minas Gerais	Belo Horizonte
	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro e Duque de Caxias
Sul	Paraná	Curitiba e Foz do Iguaçu

1.18. Em cada estado, foram visitados a capital e um município prioritário com taxas de prevalência¹ relevantes e elevado número de casos, com exceção do Amazonas, onde foi visitada apenas a capital, devido às dificuldades de acesso às localidades pretendidas.

1.19. Nos municípios visitados realizaram-se entrevistas com coordenadores municipais de ações da hanseníase e do Programa Saúde da Família – PSF, coordenadores de unidades de saúde e beneficiários, além de grupo focal com Agentes Comunitários de Saúde – ACS em três dessas unidades.

1.20. Nas capitais, adicionalmente, entrevistaram-se coordenadores estaduais de ações da hanseníase e diretores de cinco Centros de Referência Estaduais e três Nacionais (SP, AM e RJ), onde foram promovidas visitas para conhecimento das instalações, análise de rotinas e entrevistas com beneficiários atendidos.

¹ Taxa de prevalência: (número de casos em curso de tratamento em 31 de dezembro do ano base/ população residente no mesmo local e período) x 10.000.



1.21. A tabela 2 apresenta o levantamento das pesquisas postal e por meio eletrônico com atores envolvidos nas atividades do Programa, as quais foram complementadas por entrevistas realizadas nas visitas de estudo.

Tabela 2 – Levantamento das pesquisas por público-alvo. Período: outubro e novembro de 2005

Público-alvo	Total previsto (a)	Nº questionários respondidos (b)	Nº entrevistas aplicadas (c)	Nº tabulações (b+c)	Aproveitamento (b+c) / (a)
Coordenação estadual - PNEH	27	13	8	21	77,77 %
Coordenação de Centro de Referência Nacional ou Estadual	32	18	13	31	96,87 %
Coordenação municipal - PNEH	206	54	20	74	35,92 %
Coordenação municipal do PSF	206	28	18	46	22,33 %
Diretoria de hospital-colônia	31	12	-	12	38,70 %
Diretoria de ONG	55	13	-	13	23,63 %
Coordenação de USF	20	-	11	11	55,00 %
Beneficiário	60	-	61	61	101,66 %
ACS*	4	-	3	3	75,00 %

Fonte: pesquisa com público-alvo do PNEH.

* grupo focal na fase de execução.

Forma de organização e apresentação do relatório

1.22. A visão geral do Programa auditado, objeto do capítulo 2, procura traçar o panorama geral da atual política do Ministério da Saúde, dos estados e dos municípios dirigida para a eliminação da doença no Brasil.

1.23. Seguindo-se à visão geral, o capítulo 3 trata dos principais instrumentos estabelecidos pela coordenação central, com vistas à consolidação do PNEH. Destaque deve ser dado às reuniões macrorregionais; ao comitê de assessoramento e às cartas de eliminação e avisos de alerta.

1.24. Os cinco capítulos seguintes relatam as conclusões da avaliação do PNEH, contemplando-se aspectos relativos às dimensões de eficácia, efetividade, equidade, responsabilização, sustentabilidade e transparência nas análises desenvolvidas.

1.25. O modelo atual de controle e execução das ações desenvolvidas pelo Programa e suas implicações com a sustentabilidade do processo de eliminação da endemia são analisados no capítulo 4. Direciona-se o estudo às atividades desenvolvidas pelos profissionais da atenção básica, vez que a execução das ações correlatas à hanseníase inclina-se cada vez mais à descentralização.

1.26. No capítulo 5, abordam-se questões relacionadas à reabilitação física e social de pessoas atingidas pela hanseníase, atribuição, conquanto não exclusiva, dos serviços de média e alta complexidades.

1.27. O capítulo 6 propõe-se a traçar um perfil epidemiológico da doença e a avaliar a qualidade dos dados e informações a partir de análises quantitativas baseadas nas séries históricas de indicadores.



1.28. No capítulo 7, apontam-se deficiências de operacionalização e integração dos sistemas de informação, analisa-se a inter-relação de suas variáveis e verifica-se a adequação dos indicadores de desempenho adotados pelo Programa e pactuados na Atenção Básica e na Programação Pactuada Integrada em Vigilância em Saúde – PPI/VS.

1.29. No capítulo 8, procura-se verificar o cumprimento de ações e recomendações aplicáveis às ações de prevenção e controle da hanseníase desenvolvidas pela Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS, pactuadas na Agenda 21 Brasileira, documento finalizado em 2002 e construído a partir das diretrizes da Agenda 21 global.

1.30. Os capítulos 9 e 10 tratam, respectivamente da análise dos comentários dos coordenadores do PNEH e das considerações finais do trabalho. Neste último, são sintetizados os aspectos mais relevantes levantados pela auditoria, assim como os possíveis benefícios esperados pela correção das dificuldades e deficiências encontradas.

1.31. Por fim, o capítulo 11 contém a proposta de recomendações e determinações a ser submetida ao Ministro-Relator da matéria, com vistas à melhoria do desempenho do objeto da auditoria.



2. Visão geral

Relevância do tema

2.1. No mundo todo há cerca de um milhão de pacientes com hanseníase registrados e que se distribuem por países de precária situação social e econômica. Apesar de ser uma das doenças mais antigas de que se tem notícia, é ainda desconhecida por grande parte da população.

2.2. Trata-se de uma doença infecciosa crônica, cujo agente etiológico é o “*Mycobacterium leprae*”, que não teria a importância que tem atualmente, se fosse apenas uma doença de pele contagiosa. A sua preferência pelos nervos periféricos pode levar a incapacidades e deformidades, as grandes responsáveis pelo medo, pelo preconceito e pelos tabus que envolvem a doença.

2.3. A eliminação dos germes se dá pelas vias aéreas superiores e pelas lesões existentes na mucosa nasal, boca e laringe, permitindo que muitas pessoas se infectem, mas felizmente poucas adoecem.

2.4. Teriam influência no aparecimento da moléstia as deficiências de nutrição, com as conseqüentes implicações na formação de fatores imunitários, e mais a promiscuidade, a falta de higiene e a miséria geral. Assim, considera-se que a ocorrência dos casos de hanseníase está ligada à pobreza e à má distribuição de renda, daí a prevalência ser maior nas regiões que possuem menores Índices de Desenvolvimento Humano – IDH.

2.5. No contexto da história da doença no Brasil, convém citar duas passagens relacionadas ao estigma da doença, que ainda persiste nos dias de hoje.

2.6. A primeira se refere ao regime de internação compulsória em hospitais-colônia (leprosários), como o da figura 1, vigente nas décadas de 30 e 40, que se caracterizava pelo isolamento permanente dos doentes, os quais eram obrigados a seguir normas rígidas como a proibição de contato sexual com não infectados e a permissão para receber visitas somente no parlatório².

² Espécie de palanque em que ficavam os hansenianos, a cinco ou seis metros da cerca que delimitava o hospital, para conversar com as visitas, que, por sua vez, não tinham permissão para entrar.

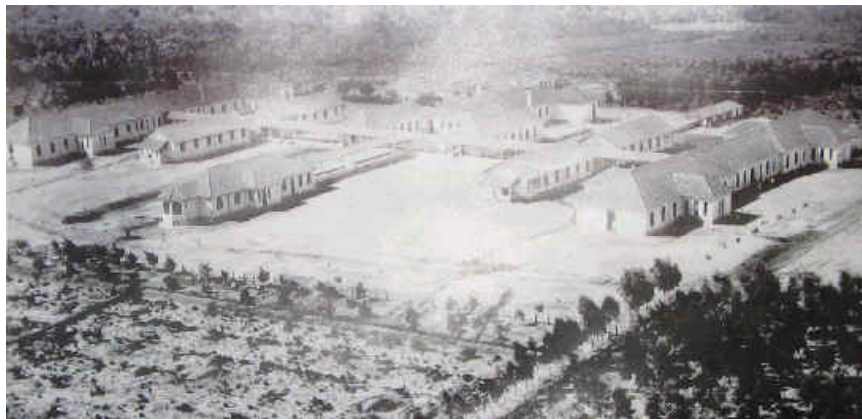


Figura 1 – Foto de hospital colônia em 1933 exposta em museu de Bauru/SP

Com o fim do regime segregacionista, aos pacientes remanescentes passou a ser permitido visitar os parentes, porém, com dia marcado para retorno, sob pena de prisão em caso de desobediência, indicando que o estigma da doença ainda iria permanecer por muito tempo.

Foto: ACE Renato Kanemoto

2.7. A segunda passagem diz respeito a uma iniciativa do Governo Federal com vistas à mudança obrigatória de terminologias, como lepra e leproso para hanseníase e doente de hanseníase respectivamente (Lei n.º 9.010, de 29 de março de 1995). Assim, as repartições da administração centralizada e descentralizada da União e dos estados, além de adotar a nova terminologia, passaram a arquivar quaisquer documentos em tramitação que não a observassem.

2.8. Ainda, a título de ilustração, os relatos e histórias de vida de pessoas atingidas pela hanseníase colhidos ao longo dos trabalhos de auditoria foram compilados e encontram-se no apêndice D, de modo a fornecer uma noção acerca da austera realidade vivida por elas e do desamparo ainda presente nos dias de hoje, principalmente, no caso dos remanescentes dos antigos hospitais-colônia.

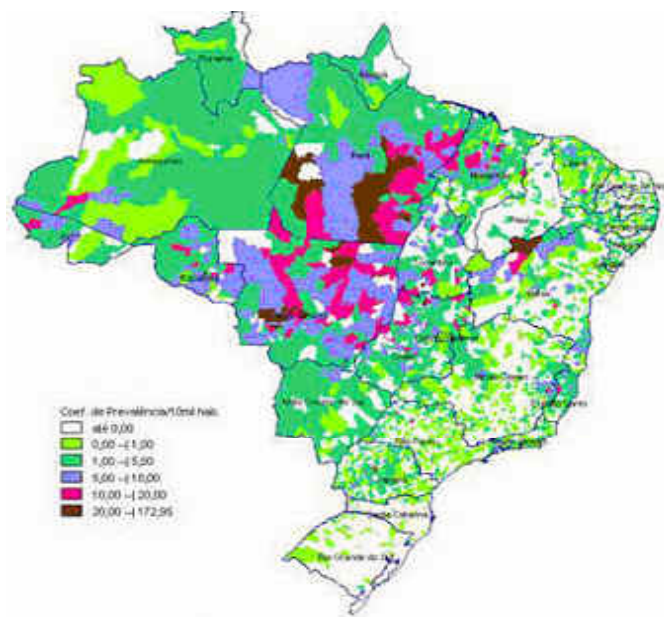
2.9. Os avanços no tratamento poliquimioterápico – PQT³ – permitiram o seu deslocamento para a esfera ambulatorial, desativando aos poucos os hospitais-colônia e trazendo maior eficácia ao controle doença, além de modificar a própria forma de encará-la.

2.10. Verifica-se que a distribuição da hanseníase no Brasil não é homogênea (figura 2), sendo a prevalência maior nos estados do Norte, Nordeste e Centro-Oeste.

³ PQT - poliquimioterapia padronizada pela Organização Mundial de Saúde e indicada pelo Ministério da Saúde para o tratamento específico da pessoa com hanseníase. É constituída pelo conjunto dos seguintes medicamentos: rifampicina, dapsona e clofazimina.



Figura 2 – Coeficiente de prevalência no Brasil



Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS/MS

2.11. A cada ano são detectados no Brasil em torno de 40.000 casos novos da doença, incluindo-se aproximadamente 3.000 pessoas que apresentam alguma deformidade física no momento do diagnóstico, o que indica, nesses casos, o reconhecimento tardio da doença, cujo período de incubação é considerado longo: cinco a sete anos, em média.

Objetivos e atividades do Programa

2.12. O Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase – PNEH tem por objetivo principal eliminar a hanseníase como problema de saúde pública no Brasil. Para isso, a Organização Mundial de Saúde – OMS estabelece como meta uma taxa de prevalência da doença de menos de um doente para cada 10 mil habitantes.

2.13. Existe um compromisso para a eliminação da hanseníase, pactuado com a OMS desde 1991, durante a 44ª Assembléia Mundial de Saúde, e que foi renovado em 2000, quando o prazo foi prorrogado até 2005 para os nove países que ainda não haviam alcançado a meta, entre eles o Brasil.

2.14. De acordo com a OMS, o numerador do coeficiente de prevalência deveria ser composto apenas pelos casos em curso de tratamento. Entretanto, no Brasil, até 2003, calculava-se de forma diferente, pois também se incluíam no numerador os casos de abandono de tratamento e os de recebimento de medicação além do tempo preconizado, o que dificultava a comparação com outros países, já que todos seguiam a forma de cálculo preconizada pela OMS. Em 2004, o Brasil passou a adotar o critério internacional, permitindo que a taxa passasse da casa dos 4/10.000, anteriormente vigente, para 1,7/10.000 ao final de 2004.



2.15. A meta pactuada com a OMS não será atingida até o final de 2005, já que os levantamentos preliminares indicam que a prevalência está se mantendo no mesmo patamar de 2004, ou seja, próxima de 1,7/10.000 habitantes. Segundo dados do MS, até 2005, seis UF (RN, MG, RJ, SP, SC e RS) alcançaram a taxa de eliminação, enquanto espera-se que mais sete ou oito consigam o mesmo até o final de 2006.

2.16. Um dos objetivos prioritários de curto e médio prazos do PNEH é o aumento de cobertura de serviços de diagnóstico e tratamento na rede básica de atenção à saúde, por meio da extensão de suas ações a todos os serviços do Sistema Único de Saúde – SUS. Em termos práticos, busca-se a integração com a atenção básica, incluindo os Programas Saúde da Família – PSF e de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, assim como o Programa Assistência Farmacêutica, para propiciar o fornecimento regular de medicamentos.

2.17. Na área de reabilitação física e social de incapacidades, têm papel preponderante os serviços referenciados, cuja creditação cabe à SVS/MS, aos estados e aos municípios, conforme sejam qualificados como centros de referência para hanseníase nas respectivas esferas.

2.18. No caso dos medicamentos de programas considerados estratégicos pelo Ministério da Saúde, tais como os da Hanseníase e da Tuberculose, a implementação da ação é feita por meio da aquisição e distribuição de medicamentos pela Assistência Farmacêutica/MS a todas as secretarias estaduais de saúde, que, por sua vez, coordenam a distribuição aos municípios. Os medicamentos para o tratamento da hanseníase são fornecidos gratuitamente pela OMS e são conhecidos pela sigla PQT.

2.19. Paralelamente, o PNEH vem mantendo parcerias técnicas e operacionais com a Organização Panamericana da Saúde – OPAS/OMS, Movimento para Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase – Morhan, *International Federation of Anti-Leprosy Associations* – ILEP, Pastoral da Criança, Instituto Lauro de Souza Lima (Bauru/SP), Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – Conasems, Sociedade Brasileira de Hansenologia – SBH, além de outras.

2.20. Entre as organizações não-governamentais – ONGs mais atuantes encontram-se o Morhan e a ILEP, conquanto outras também atuem há alguns anos, especialmente nos planos estadual e municipal.

2.21. O Morhan, que conta com unidades voluntárias em 24 estados e com um serviço telefônico para fornecer informações e receber denúncias (Telehansen), também colabora no monitoramento das ações de eliminação da doença; nas campanhas de detecção e de divulgação de informações (eventos); nas capacitações de profissionais da saúde e em atividades na área de reabilitação social dos incapacitados.

2.22. A ILEP congrega quinze organizações não-governamentais de combate à hanseníase. Seis delas atuam no Brasil (*Associazione Italiana Amici de Raoul* – AIFO; *American Leprosy Missions* – ALM; *Deutsche Lepra und Tuberkulosehilfe* – DAHW; *Damien Foundation Belgium* – DFB; *British Leprosy Relief Association* – LRA e *Netherlands Leprosy Relief* – NLR). Conforme entrevistas realizadas com dirigentes da AIFO, NLR, DAHW e da própria ILEP, a



atuação dessas ONGs no Brasil se dá por meio de apoio a projetos dos governos estaduais e em consonância com as diretrizes do governo federal para a área de hanseníase.

2.23. Os governos encaminham os projetos à ONG para análise. Se aprovado, esta realiza os pagamentos diretamente aos prestadores de serviços, à medida que as atividades propostas no projeto vão sendo executadas. Os recursos destinam-se, principalmente, a ações de capacitação, organização de campanhas, mobilização social e auxílio aos portadores de hanseníase (fornecimento de cestas básicas e de passagens de ônibus).

2.24. A participação dessas organizações encontra-se regulamentada no Termo de Cooperação Técnica a ser celebrado entre o Ministério da Saúde do Brasil e a Federação Internacional de Associações de Combate à Hanseníase - ILEP, por meio do estabelecimento de critérios de atuação conjunta relacionada aos problemas associados à hanseníase. A leitura do termo permite concluir que as atribuições e as formas de participação das ONGs – afiliadas da ILEP – deverão estar em consonância com as diretrizes do PNEH. Embora as ONGs, afiliadas ou não, continuem exercendo suas atividades nos estados mediante planos de trabalho acordados diretamente com os governos locais, aguarda-se que o compromisso assumido na esfera federal seja estendido aos níveis estadual e municipal, de forma a garantir permanente consonância com as diretrizes do Programa Nacional, evitando-se duplicidades e inversão de papéis.

2.25. Os coordenadores estaduais e municipais do Programa entrevistados que utilizam recursos de ONGs consideram esse apoio benéfico, especialmente, em face da agilidade com que os recursos são disponibilizados. Sustentam que a liberação efetiva do recurso público tende a ser mais demorada, mesmo após a sua aprovação, do que no caso do recurso proveniente das ONGs, resultando não raramente na perda da chance do seu uso oportuno, como ocorre, a título de exemplo, após mudanças na conjuntura política e social local. Os gestores estaduais e municipais referem-se ainda às dificuldades para cumprir prazos e condições para o repasse de recursos federais, o que dificulta a sua utilização. Por outro lado, as negociações com as ONGs implicam procedimentos simplificados e menos entraves, proporcionando maior agilidade, principalmente, quando se trata da alocação de recursos para ações locais de capacitação e de divulgação da doença, as mais demandadas.

Forma de repasse de recursos

2.26. O PNEH atua por intermédio do repasse eventual e pontual de recursos financeiros aos estados e municípios prioritários e aos Centros de Referência Nacionais, com vistas à capacitação de pessoal, campanhas de divulgação, supervisão e aquisição de equipamentos, além de estudos e pesquisas de iniciativa dos referidos centros (Ação 6185).

2.27. Observe-se que outras fontes de recursos podem ser direcionadas para ações descentralizadas, como as inseridas na atenção básica. É o caso dos recursos do Piso de Atenção Básica – PAB e do Teto Financeiro de Vigilância em Saúde – TFVS, que serão melhor detalhados no subtítulo “Aspectos orçamentários”.



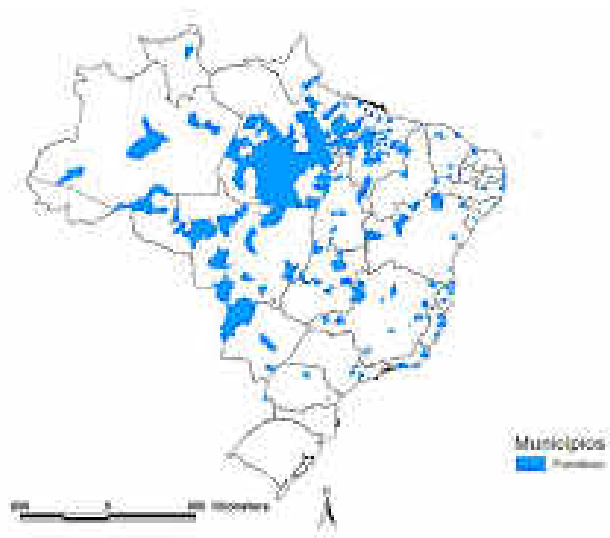
Beneficiários do Programa

2.28. Embora a sociedade em geral constitua o público-alvo do Programa, desde o início de 2004, o MS vem priorizando 206 municípios, selecionados de acordo com os seguintes critérios:

- a) todas as capitais;
- b) municípios que diagnosticaram em média, nos últimos cinco anos, um mínimo de 10 casos multibacilares (MB) e ainda dois casos entre menores de 15 anos, entre os que registraram no mínimo 50 casos em curso de tratamento em 12/2003.

2.29. Os municípios prioritários respondem por cerca de 72,4% da prevalência da hanseníase no Brasil e estão representados na figura 3.

Figura 3 – Mapa de distribuição de municípios prioritários - 2005



Fontes: Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS/MS e Sistema de Informações de Agravos de Notificação – Sinan.

Aspectos orçamentários

2.30. Até o ano de 2003 as ações relativas ao controle da tuberculose e à eliminação da hanseníase eram executadas por meio de programas distintos. No entanto, o PPA 2004/2007 trouxe nova configuração à distribuição orçamentária dessas ações, consolidando-as em um único programa: “Programa Controle da Tuberculose e Eliminação da Hanseníase”.

2.31. Desta forma, nos exercícios de 2002 e 2003, os recursos orçamentários são oriundos do Programa “Controle da Hanseníase e de Outras Demartoses” (0020), enquanto os dados dos exercícios de 2004 e 2005 são referentes à Ação Vigilância, Prevenção e Controle da



Hanseníase e Outras Demartoses Relevantes (6185) do Programa “Controle da Tuberculose e Eliminação da Hanseníase” (1307).

2.32. Na tabela 3, podemos visualizar a execução financeira e orçamentária ocorrida desde o exercício de 2002 até 11/11/2005. Nota-se que em 2002 e 2003 o Programa apresentou execução financeira muito baixa, chegando ao aproveitamento de apenas 17,67 % dos recursos disponíveis. Contudo, em 2004, a utilização dos recursos alcançou 123,54% de execução dos créditos disponibilizados.

2.33. No quadriênio, o Programa tem apresentado execução financeira média da ordem de 57,66%, embora em 2004 tenha atingido 123,54% dos créditos consignados, devido ao pagamento de restos a pagar de 2003, que, por sua vez, correspondeu a 43,6 % do total dos valores pagos em 2004. A melhoria na execução financeira, a partir de 2004, coincide com a reestruturação do programa empreendido pela Secretaria de Vigilância em Saúde, tratada no capítulo 3 desse relatório.

Tabela 3 – Histórico orçamentário/financeiro – 2002/2005

Programa Controle da Hanseníase e de Outras Demartoses (2002 –2003)				
Programa Controle da Tuberculose e Eliminação da Hanseníase – Ação 6185 (2004-2005)				
	2002	2003	2004	2005(2)
Créditos consignados				
Crédito Inicial	14.106.000	11.270.100	7.700.000	14.320.000
(+/-) Créditos adicionais e suplementações	(1.500.004)	(3.050.000)	0	0
	12.605.996	8.220.100	7.700.000	14.320.000
Execução orçamentária	2002	2003	2004(1)	2005(2)
Valor liquidado no exercício	5.674.590	6.452.196	6.809.021	1.339.187
(-) Restos a pagar cancelados no exercício	(4.540)	(268.169)	(5.253)	0
	5.670.050	6.184.027	6.803.768	1.339.187
Execução financeira	2002	2003	2004(1)	2005(2)
Valor liquidado no exercício	5.674.590	6.452.198	6.809.021	1.339.187
(-) Restos a pagar inscritos no exercício(3)	(278.480)	(5.257.561)	(1.445.355)	(3.241)
(+) Restos a pagar do exercício anterior pagos no exercício	1.645.796	257.701	4.148.907	5.363.666
	7.041.906	1.452.338	9.512.573	6.699.612
% EXECUÇÃO FINANCEIRA	55,86	17,67	123,54	46,78 (2)

Fonte: Banco de dados de execução orçamentária da Câmara dos Deputados. Disponível em: www.camara.gov.br

(1) restos a pagar atualizados até 11/11/2005

(2) execução orçamentária e financeira até 11/11/2005.

(3) no exercício de 2005, a rubrica indica o valor liquidado e pendente de pagamento até 11/11/2005.

2.34. Além dos recursos orçamentários vinculados diretamente à Ação 6185, outras fontes de recursos podem ser direcionadas à execução das ações voltadas à eliminação da hanseníase, de acordo com o nível de prioridade politicamente definido no âmbito das esferas estaduais e municipais. São recursos provenientes tanto do Piso de Atenção Básica – PAB, como do Teto Financeiro de Vigilância em Saúde – TFVS.



2.35. O Piso de Atenção Básica – PAB, repassado fundo a fundo aos municípios mensalmente, é composto de uma parte fixa e uma parte variável. A parte fixa do PAB consiste em um montante de recursos financeiros destinados ao custeio de procedimentos e ações de assistência básica, tendo em vista a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação (consultas médicas, vacinação, pequenas cirurgias, assistência pré-natal, pronto-atendimento, entre outras).

2.36. A parte fixa do PAB é calculada com base no número de habitantes do município, multiplicado por um valor *per capita* que varia de R\$ 10,00 a R\$ 18,00, por ano. Já a parte variável diz respeito a incentivos para o desenvolvimento de ações no campo específico da atenção básica (Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e Ambiental, Assistência Farmacêutica Básica, Programa de Agentes Comunitários de Saúde, Programa Saúde da Família, Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais).

2.37. Por sua vez, o Teto Financeiro de Vigilância em Saúde (TFVS), regulado pela Portaria MS nº. 1.172, de 15/06/04, vincula-se ao financiamento das ações de vigilância epidemiológica e de controle de endemias, tendo sido alocado, no exercício de 2005, um montante da ordem de R\$ 736 milhões. O Fundo Nacional de Saúde realiza transferências mensais aos fundos estaduais e municipais, sendo as cotas financeiras destinadas a cada UF fixadas consoante a população e a área geográfica.

3. Esforços para a consolidação do PNEH

3.1. Além de buscar a ampliação da capacidade do SUS para diagnosticar os casos precocemente e tratá-los mediante a inserção das ações na atenção básica e a interface com a Assistência Farmacêutica, a coordenação nacional do PNEH vem adotando diversas estratégias, com vistas a consolidar o Programa e lhe proporcionar maior efetividade. Algumas dessas estratégias estão descritas a seguir.

Reuniões de avaliação macrorregionais

3.2. A coordenação nacional do PNEH vem promovendo encontros macrorregionais periódicos, com representantes do Ministério da Saúde, dos estados, dos municípios prioritários e de parceiros, tais como: Conselho Nacional de Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Conass, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – Conasems, OPAS/OMS, Morhan, ILEP, Pastoral da Criança, Centros de Referência Nacionais e Sociedade Brasileira de Hansenologia. O objetivo desses encontros é planejar ações e monitorar os progressos da eliminação da doença.

3.3. As principais atividades realizadas durante esses encontros são palestras técnicas, seguidas por debates e trabalhos de grupo, com apresentação de conclusões ao final do evento. Os encontros macrorregionais são importantes eventos de troca de experiências entre os envolvidos com as atividades de eliminação da hanseníase nas três esferas de governo.



3.4. Dois integrantes da equipe de auditoria participaram da II Reunião Macrorregional Norte de Hanseníase, realizada em Belém, de 23 a 25/8/05. Além de presenciar as discussões sobre o tema, a equipe realizou entrevistas com coordenadores estaduais da hanseníase e representantes de ONGs e apresentou aos participantes da reunião as características da auditoria de natureza operacional no PNEH.

Grupo Tarefa do Ministério da Saúde – GT

3.5. Em 2004, a SVS criou um Grupo Tarefa – GT para atuar na área de tuberculose e hanseníase, em função dos resultados positivos que essa estratégia obteve no acompanhamento de outras doenças (doenças exantemáticas, dengue e malária).

3.6. O Grupo Tarefa é composto por profissionais capacitados para apoiar técnica e operacionalmente as coordenações estaduais e municipais dos municípios prioritários. A ação desses profissionais é voltada para planejamento e reorganização dos serviços de saúde e suas principais atividades nos estados envolvem: monitoramento, supervisão, validação de dados e atualização dos registros; capacitação de recursos humanos; além de diagnóstico, projeto e avaliação de campanhas de detecção nos municípios prioritários.

3.7. Há vagas para 35 consultores, porque em alguns estados de grande extensão geográfica e alta magnitude da doença, a exemplo de Pará e Mato Grosso, há três vagas. Entretanto, a SVS tem encontrado dificuldades para o preenchimento dessas vagas porque esses consultores, por imposição legal, não podem ter vínculo empregatício com os estados. Atualmente, há apenas doze consultores contratados, mas a SVS, em conjunto com as secretarias estaduais de saúde, está em processo de contratação de mais profissionais.

Cartas de eliminação e avisos de alerta

3.8. A coordenação nacional do PNEH elaborou quatro edições das Cartas de Eliminação, que são documentos de monitoramento que apresentam a situação epidemiológica da doença em cada estado. Esses instrumentos pretendem ser mecanismos de motivação e estímulo para os gestores estaduais e municipais. Têm por objetivo facilitar o acompanhamento do processo de eliminação da hanseníase nos estados e municípios. Inspirados no exemplo do governo federal, diversos gestores estaduais vêm elaborando cartas de eliminação para os municípios prioritários de seus estados.

3.9. A primeira carta de eliminação contém informações resumidas sobre a descentralização do diagnóstico e tratamento da doença, o quadro epidemiológico com dados de 2003 e um mapa com a localização das microrregiões nos estados e seus respectivos coeficientes de prevalência. A segunda carta aborda a detecção de casos em menores de quinze anos, enquanto a terceira informa sobre a adequação do cálculo de prevalência às orientações da OMS – tema também tratado no capítulo 6 deste relatório – e os novos números para cada estado.



3.10. A quarta edição das cartas de eliminação foi lançada na V Expoepi, realizada em Brasília/DF (6/12/05), e trata dos registros atualizados, após as correções e os expurgos feitos nos sistemas de informação.

3.11. Também no sentido de dar mais subsídios aos gestores, foi desenvolvido o Sigem.hansen – Sistema de Gestão Municipal: Panorama e Alerta dos Municípios, disponível no site do Conasems a partir de 2005. O Sistema tem por objetivo mobilizar os gestores municipais e provê-los de orientações e informações sobre a situação da doença em seus municípios.

Plano Anual de Trabalho - PAT

3.12. As coordenações estaduais de hanseníase, em conjunto com os profissionais do Grupo Tarefa, elaboram um Plano Anual de Trabalho – PAT, fundamentado nos seguintes componentes:

- a) vigilância epidemiológica;
- b) integração com a atenção básica e assistência integral;
- c) sustentação política, comunicação e mobilização social;
- d) capacitação de recursos humanos.

3.13. Os relatórios de acompanhamento devem ser elaborados pelos consultores do Grupo Tarefa do PNEH com periodicidade trimestral.

3.14. A primeira versão do Plano surgiu para o ano de 2005 e fixava as seguintes metas:

- a) atingir a eliminação da hanseníase em nível nacional, reduzindo a prevalência para menos de um caso para cada 10.000 habitantes;
- b) realizar uma campanha nacional de mídia;
- c) implantar política de reestruturação de antigos hospitais-colônia, beneficiando 20 hospitais;
- d) ampliar cobertura de serviços para diagnóstico e tratamento, alcançando 24.181 unidades básicas de saúde (70%).

3.15. De acordo com documentos fornecidos pela coordenação do Programa, verificou-se a realização de campanha de mídia e o cumprimento parcial das metas c) e d), sendo contemplados 60% dos hospitais-colônia e capacitadas 32,6% das unidades básicas de saúde até julho de 2005.

Atenção aos hospitais-colônia

3.16. O Ministério da Saúde constituiu, por meio da Portaria GM/MS n°. 585, de 6/4/04, grupo de trabalho para “realizar um diagnóstico situacional da atual realidade dos antigos hospitais-colônia para subsidiar a sua reestruturação, no que se refere à área hospitalar (ambulatorial), área asilar (moradia) e área comunitária.”



3.17. O diagnóstico foi concluído em outubro de 2004 e as principais propostas versaram sobre: garantia de continuidade das ações de reestruturação, projeto de tombamento das estruturas, indenizações, questões fundiárias, assistência à saúde dos usuários, implantação de políticas públicas e sociais, controle social.

3.18. Também em 2004 foi realizado, em parceria com o Morhan, o I Seminário Nacional de Antigos Hospitais-Colônia, com o objetivo de “elaborar um diagnóstico rápido das necessidades, problemas e prioridades dos atingidos pela hanseníase vinculados direta ou indiretamente a esse hospitais, de modo a apresentar alternativas para a sua reestruturação.”

Figura 4 – Ala de antigo hospital-colônia em ruínas

3.19. O relatório consolidado do seminário contém 126 recomendações, que versam, principalmente, sobre: saúde, segurança, assistência social, recuperação da estrutura física, gestão hospitalar, questões jurídicas e fundiárias, trabalho e formação profissional.

3.20. Para iniciar o processo de reestruturação dos antigos hospitais-colônia, como o mostrado na figura 4, organizou-se oficina de trabalho com a participação de usuários remanescentes,



gestores e representantes de outros ministérios para elaboração de projetos de reestruturação. Além disso, houve repasse financeiro de R\$ 3,6 milhões para recuperar as doze unidades em pior situação.

Comitê Técnico de Assessoramento

3.21 A Secretaria de Vigilância em Saúde instituiu o Comitê Técnico Assessor de Hanseníase, por intermédio da Portaria SVS/MS nº. 62, de 24 de novembro de 2005, integrado por representantes da SVS, das Sociedades Brasileiras de Hansenologia e de Dermatologia, de Centros de Referência Nacionais (Instituto Lauro de Souza Lima, Fundação Alfredo da Matta e Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz), de organizações não-governamentais, da Universidade Federal de Uberlândia – UFU, da Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS/OMS e da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Abrasco.

3.22. Apesar de recém-criado, houve, na verdade, uma reestruturação do antigo Comitê, desmobilizado há quase dois anos, promovendo-se a renovação dos integrantes, embora ainda falte melhor definição dos seus papéis e da periodicidade das reuniões.

3.23. Trata-se de importante instrumento de validação das decisões e de estruturação de propostas, a exemplo do que já ocorre em outros Programas, tais como os da Dengue e da Malária, com significativa participação da comunidade científica e de parceiros extra-



governamentais, como forma de garantir a transparência dos atos advindos das reuniões, que são organizadas pela SVS.

3.24. Constitui, assim, uma iniciativa que permitirá o acompanhamento permanente do Programa por um colegiado de especialistas em hanseníase e maior articulação entre esferas governamentais e entre estas e o setor não governamental, de forma a resultar em maior efetividade das ações ao longo do tempo.

4. Controle e execução das ações do PNEH

4.1. Este capítulo descreve as dificuldades para a consolidação do modelo atual de controle e execução das ações desenvolvidas pelo Programa de maneira a dar sustentabilidade ao processo de eliminação da hanseníase.

4.2. O primeiro subtítulo refere-se a deficiências na execução de ações desenvolvidas pelos profissionais da atenção básica, enquanto o segundo promove um estudo comparativo do desempenho de duas das principais atividades por eles exercidas (visitas domiciliares e consultas médicas), confrontando-se regiões e municípios prioritários.

4.3. A seguir, discorre-se sobre a insuficiência das ações de educação e mobilização social e, por fim, analisam-se os problemas de articulação entre esferas governamentais e entre áreas da saúde.

Ações desenvolvidas na atenção básica

4.4. As informações obtidas, provenientes de entrevistas e pesquisas postal e por meio eletrônico, realizadas com coordenadores estaduais e municipais de hanseníase e do PSF, profissionais e beneficiários do PSF, e de leitura de bibliografia especializada, indicaram que têm havido deficiências na execução das ações de controle e eliminação da hanseníase no âmbito da atenção básica, tais como exame de comunicantes, busca ativa, prevenção de incapacidades, visitas domiciliares, tratamento de intercorrências e alimentação dos sistemas de informação, dentre outras.

4.5. A Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002, aprovada pela Portaria MS nº. 373, de 27/2/02, amplia as responsabilidades dos municípios na atenção básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; e cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS.

4.6. De acordo com a NOAS, as ações de controle e eliminação da hanseníase devem ser assumidas por todos os municípios brasileiros. São de responsabilidade municipal, mais especificamente, a busca ativa de casos, o diagnóstico clínico, o cadastramento dos portadores, o tratamento supervisionado, o controle das incapacidades físicas e as medidas preventivas.



4.7. Uma das atividades fundamentais para evitar o aumento da transmissão da doença é o exame de comunicantes. Segundo os dados obtidos, a média de comunicantes examinados nos municípios pesquisados é de 59%. Entretanto, a variação dos percentuais é grande. Alguns coordenadores municipais informaram que 100% dos comunicantes são examinados; outros registraram não atingir 5%. As principais causas apontadas para a não realização do exame são: dificuldade dos comunicantes em se deslocar até a unidade de saúde; recusa de se submeter ao exame dermatoneurológico; resistência do paciente em revelar à família ser portador de hanseníase.

4.8. A execução das ações de diagnóstico e tratamento da hanseníase é uma das atribuições dos profissionais das unidades básicas tradicionais e das USF. Conforme dados extraídos do Datasus, referentes a 2004, de 44.083 unidades de saúde em todo o Brasil (20.561 USF e 23.522 postos e centros de saúde), 5.587 notificavam casos de hanseníase, o que correspondia a 12,7% de unidades notificantes. Todavia, em 2005, atingiu-se o total de 11.261, representando avanço significativo na descentralização dessas ações, embora ainda esteja aquém do necessário. A ampliação na cobertura dos serviços pode ser constatada também pelo incremento de unidades com oferta de diagnóstico e tratamento da hanseníase. Segundo a coordenação do PNEH, o incremento em 2005, com relação a 2004, foi da ordem de 41,06%, ou seja, de 8.614 unidades de saúde oferecendo diagnóstico e tratamento de hanseníase em dezembro de 2004 para 12.151 unidades em dezembro de 2005.

4.9. A insuficiência de capacitação foi um dos fatores apontados como causa das dificuldades para a execução das ações de atenção básica referentes à hanseníase. Uma das principais sugestões apresentadas pelos coordenadores estaduais e municipais para a melhoria do PNEH trata de capacitação dos profissionais de saúde. Entretanto, a análise das respostas aos questionários enviados mostra uma perspectiva mais favorável, ou seja, em 56% dos municípios pesquisados, pelo menos 40% dos profissionais de saúde estão capacitados para atuar na eliminação da hanseníase. Deve-se salientar que as ações de capacitação são voltadas, principalmente, para médicos e enfermeiros, os quais, por sua vez, têm a atribuição de repassar os conhecimentos para os Agentes Comunitários de Saúde e outros profissionais do setor que atuam nas unidades básicas de saúde. Essa situação é confirmada pelo levantamento realizado pela coordenação do programa, em 2004, junto às coordenações estaduais, que mostrou um total de 55.714 profissionais treinados em hanseníase nos anos de 2002 e 2003. Considerando uma média anual de 40.000 casos, em tese, haveria suficiência de profissionais treinados.

4.10. A coordenação do PNEH alega que a insuficiência de capacitação deve ser analisada quanto aos critérios de escolha pelos estados e municípios dos profissionais a serem capacitados. Lembra que, na prática, muitos profissionais são treinados, mas não chegam a atuar de fato, devido à alta rotatividade de profissionais nas equipes de saúde da família, enquanto outros são treinados mais de uma vez. Em função disso a coordenação vem sugerindo aos estados e municípios que cadastrem os profissionais treinados, de modo a evitar duplicidade de treinamento e a facilitar a identificação daqueles já capacitados.

4.11. De acordo com a NOAS, uma das atribuições do município é a realização de busca ativa. Segundo as informações obtidas, 59% dos municípios pesquisados realizam tal atividade. Considerando a importância da busca ativa para o diagnóstico precoce da doença, entende-se que esse percentual deveria ser maior. Além disso, o conceito de busca ativa não é entendido da



mesma forma por todos os profissionais que atuam na área. Por isso, estima-se que esse percentual, na prática, seja ainda menor.

4.12. Com relação ao tratamento de intercorrências, foram relatadas algumas dificuldades na marcação de exames e consultas. O tempo de espera é de meses para alguns exames e a burocracia envolvida frequentemente obriga o paciente a deslocar-se para vários locais até conseguir ser atendido. Também houve relatos de problemas na distribuição de medicamentos para tratamento de reações.

4.13. Para a coordenação do Programa, este achado evidencia o problema da inexistência de um sistema de referência para o tratamento das reações, não obstante a Portaria GM/MS nº. 587, de 06/04/2004, definir que, de acordo com a NOAS 01/2002, os estados devam adotar providências para a organização das redes de atenção à hanseníase, de forma integral e integrada, inclusive para o atendimento na média complexidade, que compreende ações de atenção diagnóstica e terapêutica especializadas.

4.14. Em 2005, a SVS contabilizou a existência de somente 41 unidades que atuam como referências especializadas em hanseníase nos estados e municípios. Após visita técnica a 19 dessas unidades para fazer um diagnóstico situacional, a SVS vem planejando a reestruturação das unidades de referência, tendo iniciado a análise dos projetos para posterior repasse de recursos financeiros fundo a fundo com esta finalidade.

4.15. Ainda no contexto da NOAS (anexos 1 e 5), está previsto que as secretarias municipais e estaduais de saúde devem alimentar e analisar os sistemas de informação. Embora essas atividades sejam realizadas, foram relatadas deficiências na alimentação do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB e do Sistema de Informações de Agravos de Notificação – Sinan. O principal problema, apontado por 24,1% dos coordenadores municipais de hanseníase, refere-se a fichas de notificação incompletas. A seguir, aparecem as imperfeições no sistema (20,4%), tais como lentidão e travamento. Na pesquisa com os estados, os principais problemas apontados coincidem, entretanto, o percentual é ainda maior. Dos coordenadores estaduais entrevistados, 84,6% registram que há problemas de fichas de notificação incompletas e 46,2% consideram que há imperfeições no sistema. Também houve, em estados e municípios, queixas acerca de perda de informações na transferência dos dados para os níveis estadual e federal.

4.16. Diversas unidades de saúde funcionam com estrutura física deficiente. Em algumas há mais de uma unidade de saúde da família dividindo o mesmo espaço físico. Em outras, não há locais apropriados para a realização de exames e curativos. Muitos consultórios são pequenos e com iluminação e ventilação insuficientes. As figuras 5 e 6 ilustram algumas instalações visitadas que carecem de condições adequadas para atendimento dos pacientes.





Figura 5 – Unidade de saúde com instalações precárias **Figura 6 – Arquivo improvisado em USF**

Fotos: ACE Renato Kanemoto

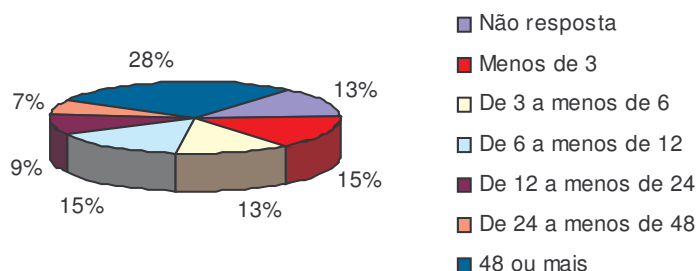
4.17. A hanseníase pode causar incapacidades e deformidades físicas decorrentes de lesões nos nervos. Quando o diagnóstico é precoce e o tratamento do paciente é adequadamente seguido, a doença geralmente não deixa seqüelas ou complicações. Os cuidados necessários incluem hidratação da pele; exercícios com as mãos e dedos; uso de sapatos confortáveis; uso de soro fisiológico nos olhos e nariz.

4.18. Como se percebe, as atividades de prevenção de incapacidades não são complexas e podem ser orientadas ou realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde durante as visitas domiciliares. Os dados obtidos indicam que apenas 50% dos municípios pesquisados realizam atividades de prevenção de incapacidades.

4.19. O Ministério da Saúde orienta que o tratamento dos pacientes seja feito por meio da administração de poliquimioterapia – PQT por seis meses para os paucibacilares e por doze para os multibacilares. A conclusão do tratamento é importante, porque, se for interrompido, não se garante a cura do paciente. Todavia, de acordo com os dados obtidos, em 40% dos municípios pesquisados, não há busca de casos de abandono.

4.20. São diversas as causas para as deficiências apontadas. Uma delas refere-se a recursos humanos. Em muitos municípios, há insuficiência de recursos humanos e rotatividade de profissionais. Conforme pode ser observado no gráfico 1, em 43% dos municípios prioritários pesquisados, os responsáveis pela coordenação municipal de hanseníase estavam no cargo há menos de um ano.

Gráfico 1 – Tempo do coordenador municipal no cargo, em meses



Fonte: Pesquisa com coordenadores municipais da hanseníase.

4.21. Com relação a recursos humanos, além da dificuldade, já conhecida, de incorporar médicos interessados em atuar em saúde pública, também foi ressaltado que os enfermeiros e



médicos, em geral, não têm conseguido fazer visitas domiciliares, devido ao volume de pessoas que se dirigem às USF para consultas.

4.22. Atentando para este último indicativo, elaborou-se estudo quantitativo para avaliar o desempenho nas visitas domiciliares e consultas médicas, cujas conclusões são concordantes com o argumento acima e se encontram pormenorizadas no subtítulo seguinte.

4.23. Outra causa das deficiências na execução das ações da atenção básica é a incipiente integração entre os setores responsáveis pelas ações de hanseníase e os da atenção básica e da assistência farmacêutica. Como já visto, as ações de diagnóstico, prevenção e tratamento de hanseníase são desenvolvidas pela atenção básica, enquanto o fornecimento dos medicamentos necessários ao tratamento da doença e das possíveis reações depende da assistência farmacêutica. Portanto, a integração entre as três áreas (coordenação da hanseníase, atenção básica e assistência farmacêutica) é indispensável para o bom funcionamento do Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase.

4.24. Os pacientes de hanseníase, em sua maioria, são pessoas de baixo poder aquisitivo. Por isso, muitas vezes têm dificuldades financeiras para ir até a unidade de saúde receber a cartela mensal de medicamentos. Às vezes, encontram dificuldades até mesmo para se alimentar adequadamente. Sendo assim, os pacientes precisariam de apoio para dar continuidade ao tratamento. Entretanto, há poucas ações nesse sentido. De acordo com os pacientes entrevistados, apenas 19,7% recebem alguma ajuda para o tratamento. A principal ajuda é o vale transporte, citado por 58,3% dos que recebem algum auxílio. A cesta básica foi citada por 25% deles.

4.25. As deficiências apontadas na execução das ações da atenção básica, no que se refere à hanseníase, levam a diagnósticos tardios, dificuldades de tratamento, dificuldade de controlar a transmissão da doença, aumento do número de pessoas com incapacidades instaladas e aumento dos casos de abandono de tratamento pela falta de recursos dos pacientes.

4.26. Durante a execução dos trabalhos, foram identificadas boas práticas que podem contribuir para a melhoria do desempenho do Programa. Em Araguaína/TO, foi informado que há termo de cooperação com hemonúcleo para informar casos suspeitos de hanseníase para a vigilância epidemiológica. No mesmo município, há mapa ilustrativo, indicando todos os agravos de responsabilidade da vigilância.

4.27. Em Imperatriz/MA, os médicos do PSF cumprem cotas mensais de visitas domiciliares e há um grupo tarefa para apoiar unidades de saúde na realização de campanhas de detecção e divulgação de informações sobre a hanseníase.

4.28. Os agentes de saneamento de Marabá/PA e os agentes da dengue em São Luís/MA são capacitados para realizar busca de faltosos e para identificar casos suspeitos de hanseníase e tuberculose.

4.29. Entende-se oportuno propor recomendação à Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS/MS para que 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 e resgate de abandonos de tratamento.



4.30. Visando contribuir para a melhoria da execução das ações da atenção básica referentes à hanseníase, considera-se pertinente propor também que a SVS elabore orientações às coordenações estaduais e municipais no sentido de:

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 (ACS, agentes de endemias, visitadoras, agentes de saneamento);

b) 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;

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

4.31. Com a implementação das recomendações propostas, espera-se que aumentem os índices de diagnóstico precoce da hanseníase e diminuam as incapacidades físicas. Também haverá captação mais qualificada de profissionais para a realização de busca ativa, resgate de casos de abandono de tratamento e pesquisa de comunicantes. Outros benefícios esperados são a redução da demanda espontânea aos centros de referência e a melhoria do tratamento dos pacientes que apresentam reações decorrentes dos medicamentos.

Desempenho nas visitas domiciliares e consultas médicas do PSF

4.32. As atividades executadas pelos profissionais da atenção básica, especialmente os do PSF/PACS, são indicativos do nível de desempenho de ações de diversos Programas da área social, entre eles o Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase (PNEH).

4.33. Em meio ao rol de atribuições desses profissionais estão as visitas domiciliares, fundamentais para a consolidação do vínculo de co-responsabilidade entre as ESF e a comunidade e para o aumento da resolubilidade das USF (percentual de casos resolvidos na esfera de atuação da própria USF, sem necessidade de encaminhamento aos serviços de referência). Essas visitas contribuem para aumentar os índices de prevenção da hanseníase, de exames de contactantes, de busca ativa de casos novos e de resgate dos abandonos de tratamento, dentre outros.

4.34. Partindo da premissa de que a maior resolubilidade das visitas domiciliares tende a reduzir a demanda pelas consultas médicas realizadas na unidade de saúde, procurou-se examinar a evolução histórica das médias anuais de visitas médicas domiciliares por equipe, de consultas médicas por equipe nas USF, além da cobertura populacional média do PSF, com a finalidade de estabelecer correlações entre essas variáveis, além de identificar possíveis tendências e fragilidades nas diversas regiões, UF e municípios.



4.35. Para o estudo, abrangendo o período de 1999 a 2005, foram definidos os seguintes grupos de análise:

a) Regiões Norte e Nordeste: enquanto a primeira apresenta baixa cobertura do PSF, a segunda conta com os percentuais mais significativos do País e o maior aporte de recursos financeiros; ambas têm maior incidência de doenças, como a hanseníase, cujos indicadores respondem positivamente a ações preventivas e interventivas menos complexas, sendo as visitas médicas domiciliares um dos exemplos.

b) Municípios prioritários do Brasil: por constituírem grupo de maior atenção, tornou-se necessário um diagnóstico situacional referente ao desempenho das ações na atenção básica, uma vez que o controle e a eliminação da hanseníase dependem da intensificação das ações executadas pelas ESF.

4.36. Os dados sobre o número de visitas e consultas médicas realizadas foram extraídos do Datasus/MS, tendo como fonte o SIAB. Além disso, os demais dados, tais como o percentual de cobertura populacional do PSF e o número de ESF dos municípios prioritários e das Regiões Norte e Nordeste, foram fornecidos por técnicos do DAB/MS, em virtude deste módulo do SIAB ser de acesso restrito. Foi consultada ainda a base demográfica do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE.

Regiões Nordeste e Norte

4.37. A média de consultas realizadas pelos médicos nas USF vem se mantendo em patamares elevados na Região Nordeste nos últimos quatro anos, enquanto a média de visitas médicas domiciliares por ESF vem apresentando tendência de queda, destoando de uma das propostas do Programa, qual seja, o aprimoramento da capacidade resolutiva dessas visitas.

4.38. Na Região Norte, a média de consultas médicas corresponde a cerca de 30% da média da Região Nordeste, sendo que anualmente metade dos seus municípios não realizam consultas médicas do PSF, embora tenham cobertura populacional do Programa, o que denota fragilidades na execução das ações da atenção básica de saúde, em que pesem as peculiaridades geográficas existentes.

4.39. Partiu-se do entendimento de que o índice de consultas médicas por ESF pode ser variável dependente do índice de visitas domiciliares, ou seja, a estratégia Saúde da Família preconiza o incremento da capacidade resolutiva das visitas médicas domiciliares de forma que resulte em menor demanda por consultas nas Unidades (USF). Contudo, obteve-se resultado contrário ao que seria desejável para o adequado funcionamento do PSF.

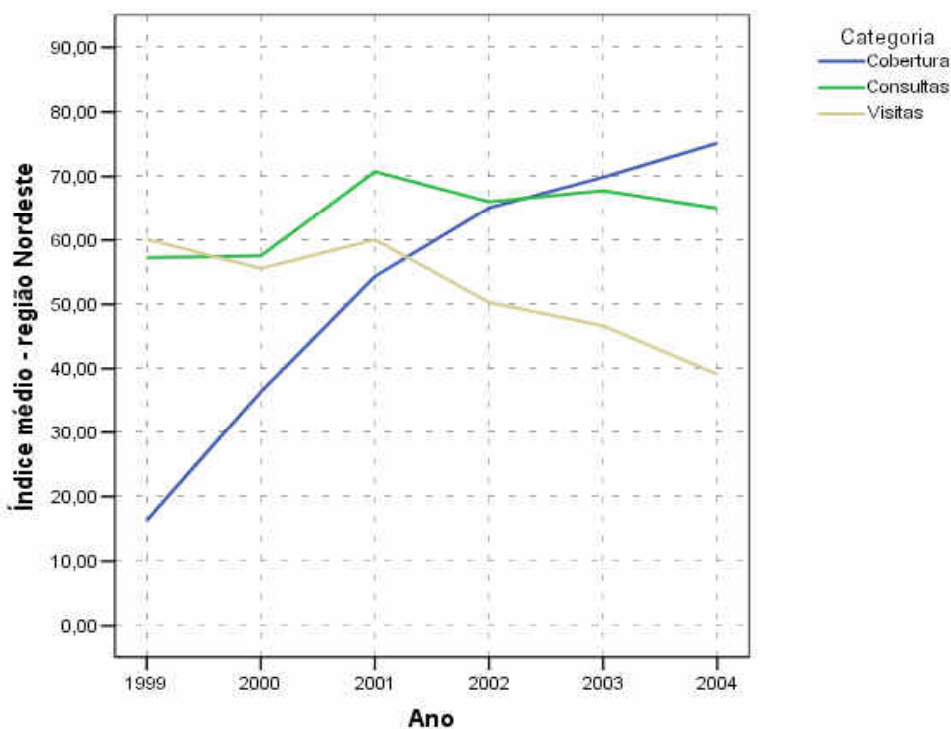
4.40. Nesse e nos demais grupos de análise, o número de visitas bem como o número de consultas médicas foram divididos pelo número de ESF, a fim de se obter um índice de visitas e consultas por ano avaliado.

4.41. A partir do gráfico 2, depreende-se que o índice de visitas médicas domiciliares por ESF para a Região Nordeste era de 2,5 visitas/dia/ESF em 1999 (conversão: 600 visitas por ESF / 240 dias = 2,5 visitas/dia/ESF), todavia a partir de 2001, permaneceu em queda até atingir



1,6 visita/dia/ESF em 2004, enquanto o índice de consultas médicas vem se mantendo em torno de 28 consultas/dia/ESF no período de 2001 a 2004 (conversão: 6700 consultas por ESF / 240 dias = 28 consultas/dia/ESF).

**Gráfico 2 – Índices de visitas e consultas médicas por ESF⁴.
Região Nordeste. Período: 1999 a 2004**



Fontes: Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB/MS
e Departamento de Atenção Básica – DAB/MS.

⁴ O índice de visitas foi dividido por 10 e o de consultas, por 100, a fim de colocar as três fontes de dados em uma escala semelhante, enquanto a cobertura do PSF permaneceu em escala percentual original.



4.42. Percebe-se, assim, que o período de 2001 a 2004 apresenta, paralelamente à ampliação da cobertura populacional do PSF, tendência de queda na média de visitas médicas domiciliares, enquanto a média de consultas realizadas pelos médicos nas USF manteve-se em níveis elevados.

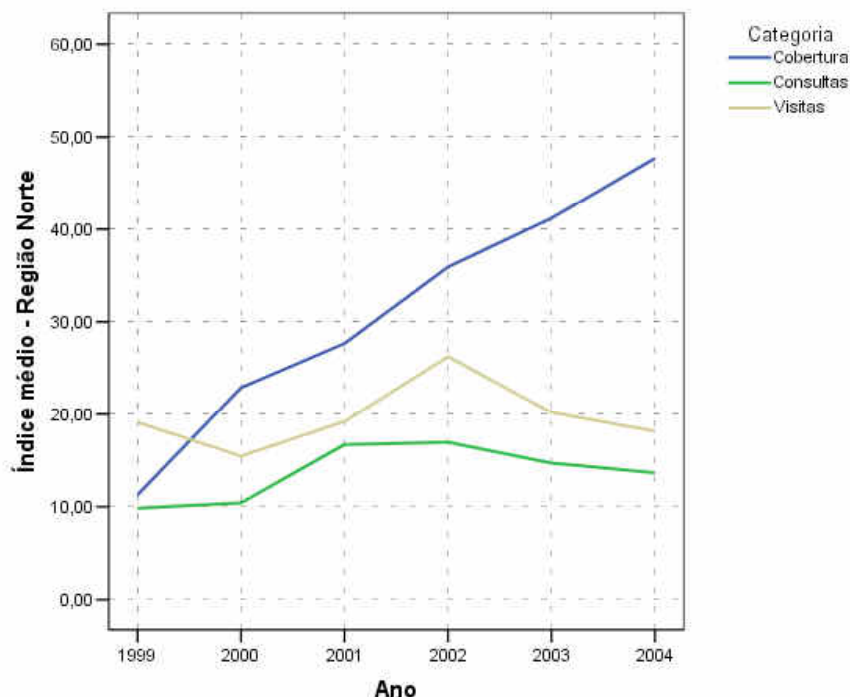
4.43. Assim sendo, as USF não aparentam ter um comportamento diferente dos antigos postos ou centros de saúde tradicionais, pois seus médicos continuam realizando uma média elevada de consultas, fato que assume maiores proporções, quando se considera que alguns horários ainda devem ser rotineiramente reservados para outras atividades que contam com a participação dos médicos, como as ações de educação em saúde e as campanhas, além das realização de visitas domiciliares, entre outras.

4.44. Ainda não se pode falar em déficit de resolubilidade nas visitas ou em descontinuidade da sua prática, pois faltam subsídios que sustentem os achados ora apresentados. Todavia, tais achados servem de alerta aos gestores e podem abrir uma discussão sobre o tema, sobretudo se for considerada a importância dessas visitas para a consolidação do vínculo de coresponsabilidade e para as situações que possam depender dela para melhor resolução, como é o caso dos abandonos de tratamento e dos contactantes não examinados, além do estigma, muitas vezes presentes na hanseníase.

4.45. A análise dos índices da **Região Norte**, a partir do gráfico 3, evidencia o reduzido número de consultas e visitas realizadas pelas ESF.

Gráfico 3 – Índices de visitas e consultas médicas por ESF⁵.
Região Norte. Período: 1999 a 2004

⁵ O índice de visitas foi dividido por 10 e o de consultas, por 100, a fim de colocar as três fontes de dados em uma escala semelhante, enquanto a cobertura do PSF permaneceu em escala percentual original.



Fontes: Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB/MS e Departamento de Atenção Básica – DAB/MS.

4.46. O confronto com os índices do Nordeste (tabela 4) mostra que a média deste é superior para todas as variáveis analisadas, tendo por base o período de 2001 a 2004.

Tabela 4 – Consultas e visitas médicas/dia/ESF. Regiões Nordeste e Norte. Período: 2001 a 2004

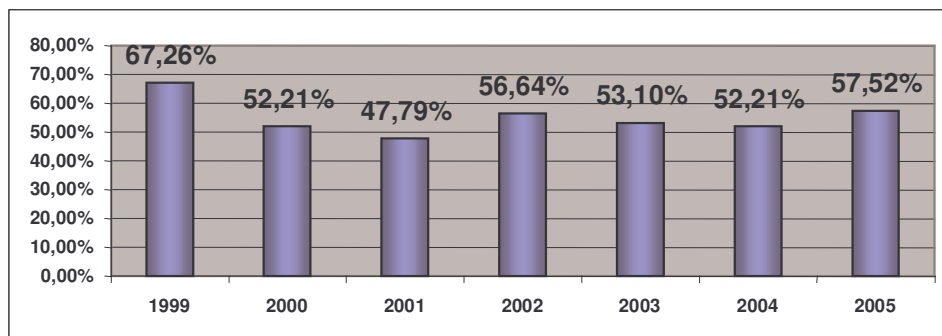
	Nordeste	Norte
Consultas médicas	28,00	8,30
Visitas médicas	2,00	0,65

Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB/MS.

4.47. Considerando a média de consultas médicas/dia/ESF da Região Norte, que corresponde a cerca de 30% da média da Região Nordeste, procedeu-se à análise de sua distribuição pelos municípios com 15% ou mais de cobertura do PSF que não realizaram consultas médicas durante o ano, ampliando-se o período de análise para seis anos (1999 a agosto de 2005), conforme se verifica no gráfico 4.

4.48. Dos 113 municípios que vêm apresentando cobertura populacional do PSF igual ou superior a 15% desde 1999, cerca de 27 não realizaram consulta médica nesses últimos sete anos (1999 a 2005).

Gráfico 4 – Municípios da Região Norte, com 15% ou mais de cobertura do PSF, que não realizaram consultas médicas (%). Período: 1999 a agosto de 2005



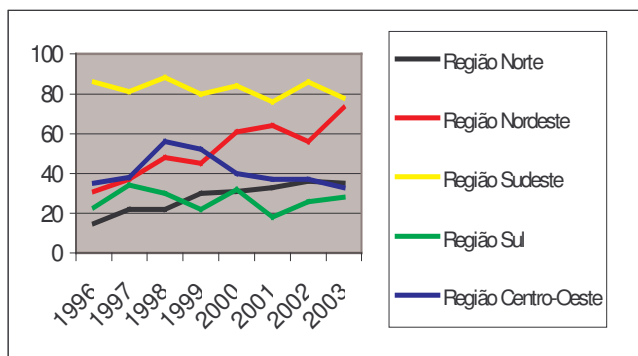
Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB/MS.

4.49. Observa-se que, anualmente, pelo menos 47,8% dos municípios da Região Norte não realizam consultas médicas do PSF, embora tenham alguma cobertura do Programa. É fato que diversos municípios da Amazônia sempre tiveram dificuldades para contratar e fixar médicos nas ESF, devido, principalmente, às características geográficas (baixa densidade populacional e a dificuldade de acesso), fazendo com que as suas ESF permaneçam incompletas. Contudo o que preocupa é a manutenção dos percentuais em níveis elevados ao longo dos anos, sem que se observem melhorias.

4.50. Diante dessa carência acentuada de consultas na atenção básica, considerada a porta de entrada para o SUS, optou-se por verificar possíveis implicações na distribuição dos casos de óbito e de internação por hanseníase, sendo esta última realizada nos serviços de maior complexidade.

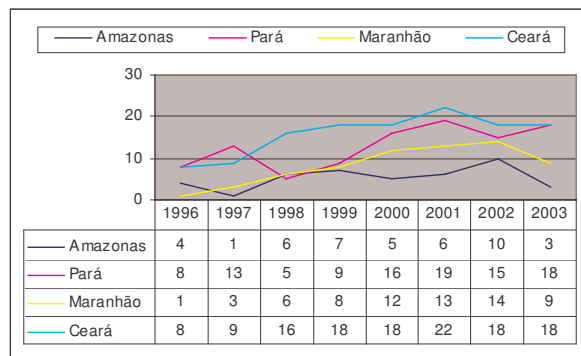
4.51. O gráfico 5 permite concluir que as regiões Norte e Nordeste dobraram o número de óbitos no período de 1996 a 2003, ao contrário das demais regiões, que tiveram evolução mais regular. No contexto das duas regiões, os estados que tiveram maiores acréscimos foram Amazonas, Pará, Maranhão e Ceará, cuja evolução pode ser vista no gráfico 6.

Gráfico 5 – Óbitos por hanseníase – Regiões.
 Período: 1996 a 2003



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM/MS.

Gráfico 6 – Óbitos por hanseníase – AM, PA, MA e CE. Período: 1996 a 2003



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM/MS.

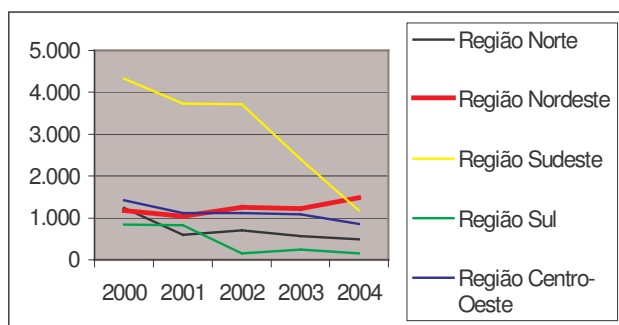


4.52. Como a hanseníase se caracteriza pela baixa letalidade (capacidade de levar ao óbito), torna-se ainda mais relevante avaliar as possíveis causas dessas variações ascendentes e conhecer a sua tendência evolutiva atual, vez que os dados mais recentes disponibilizados datam de 2003.

4.53. No que diz respeito às internações hospitalares, elas não são freqüentes e apenas ocorrem na vigência de complicações, especialmente se os diagnósticos forem tardios e o acompanhamento, durante as fases posteriores, deficiente. As causas mais comuns, segundo hansenólogos entrevistados, são os episódios reacionais e as cirurgias para reabilitação de incapacidades.

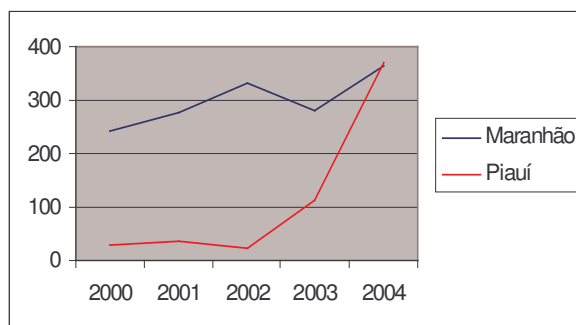
4.54. Verificando-se as internações por hanseníase no Brasil (gráfico 7) no período de 2000 a 2004, deve-se salientar o perfil evolutivo da Região Nordeste, onde os estados do Maranhão e do Piauí são responsáveis pela metade dos casos atuais e aparentam tendência ao crescimento (gráfico 8).

Gráfico 7 – Internações por hanseníase – Regiões. Período: 2000 a 2004



Fonte: Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS

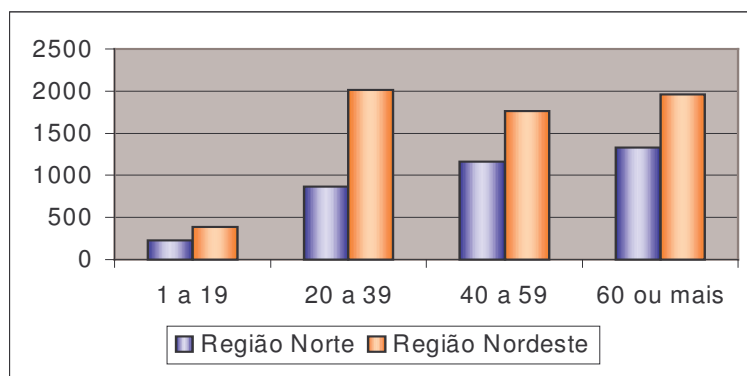
Gráfico 8 – Internações por hanseníase – MA e PI. Período: 2000 a 2004



Fonte: Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS

4.55. O crescimento das internações faz-se acompanhar de implicações sócio-econômicas, à medida que alcança, não raramente, pessoas na fase produtiva da vida. A visualização do gráfico 9 evidencia que mais de 60% das internações ocorrem na faixa etária dos 20 aos 59 anos de idade nas Regiões Norte e Nordeste, sendo que, nesta última, a faixa de maior incidência é a que vai dos 20 aos 39 anos.

Gráfico 9 – Internações por faixa etária – hanseníase. Regiões Nordeste e Norte. Período: 2000 a 2004





4.56. Neste contexto, cabe a ressalva de que esta situação deve ser melhor analisada, sem se descuidar da possível influência das internações conhecidas como “sociais”, de caráter predominantemente assistencial (sem justificativa clínica), que podem contribuir para a superestimação dos índices de internação, como ocorre na malária e na diarreia aguda, doenças que também atingem populações muito pobres.

4.57. Em face das comparações entre as Regiões Norte e Nordeste, algumas conclusões podem ser antecipadas.

4.58. No referente à Região Norte, a baixa cobertura de consultas médicas pelo PSF indica, primariamente, a existência de problemas já na operacionalização das ações da atenção básica, dificultando ainda mais a sua sustentabilidade.

4.59. No Nordeste, o elevado número de consultas médicas pelas ESF associado ao decréscimo nas visitas domiciliares a cargo dos médicos podem comprometer a capacidade resolutive dessas visitas e a consolidação do vínculo de co-responsabilidade com a população beneficiária, dois dos objetivos principais da estratégia Saúde da Família.

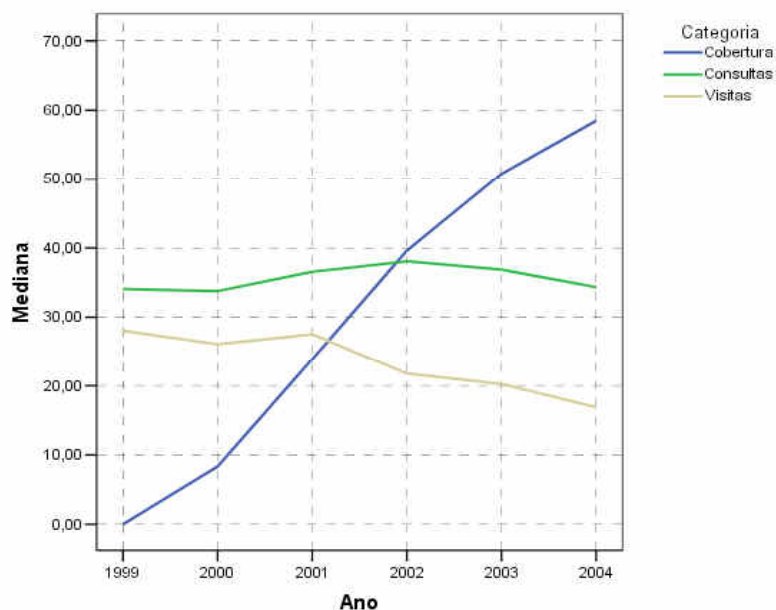
4.60. Por fim, o crescimento do número de internações por hanseníase no Nordeste pode constituir indicativo da existência das citadas internações “sociais” e/ou da falta de efetividade nas ações voltadas para o diagnóstico precoce, prevenção de incapacidades e acompanhamento na fase de tratamento, dentre outras.

Municípios prioritários

4.61. Os municípios considerados prioritários pela política de eliminação da hanseníase apresentam índices menores de visitas médicas domiciliares e consultas realizadas pelos médicos nas USF, se comparados aos da Região Nordeste, indicando que o seu desempenho pode ser melhorado.

4.62. O gráfico 10 representa os índices anuais de visitas (x 10) e consultas médicas por ESF (x 100), assim como o percentual de cobertura média do PSF dos 78 municípios prioritários do Nordeste, sendo quase idêntico ao construído para os 206 municípios prioritários em todo o Brasil, razão pela qual optou-se pela análise conjunta dos dois grupos, lembrando que o primeiro constitui subconjunto do segundo. Registre-se que as estatísticas descritivas dos dados encontram-se no apêndice F – Estatísticas descritivas sobre cobertura do PSF e visitas e consultas médicas.

Gráfico 10 – Índices de visitas e consultas médicas por ESF dos 78 municípios prioritários do NE. Período: 1999 a 2004



Fontes: Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB/MS
e Departamento de Atenção Básica – DAB/MS.

4.63. Observa-se que houve crescimento contínuo da cobertura média do PSF nos municípios durante o período e que o índice de consultas médicas manteve-se em torno de 15 consultas/dia/ESF durante os anos da análise (conversão: $3600/240 = 15$), o que significa não existir excesso de demanda agendada – consulta com hora marcada – para o atendimento nessas USF, principalmente quando se sabe que a demanda espontânea – procura sem agendamento – já está contabilizada no índice.

4.64. Por outro lado, o índice anual de visitas médicas domiciliares por ESF declinou no período, partindo de 1,16 visita médica/dia/ESF (conversão: $280/240 = 1,16$) em 1999 e atingindo 0,75 em 2004, denotando pouca prática dessa atividade.

4.65. Comparando com os índices examinados para a Região, verificou-se que a média desta vem sendo superior à dos dois grupos de municípios prioritários analisados, ano a ano, ocorrendo maior cobertura do PSF e índices de visitas e consultas duas vezes maior na Região Nordeste em relação aos municípios prioritários.

4.66. No mesmo sentido, pesquisa realizada com 61 beneficiários portadores de hanseníase, residentes em municípios prioritários, revelou que 23% receberam visita médica domiciliar nos últimos meses. Tal percentual se encontra abaixo do desejável, considerando que são áreas endêmicas onde a doença não raramente está associada a incapacidades, abandonos de tratamento e contactantes não examinados, situações em que a presença oportuna do médico no domicílio tende a ser decisiva para deter a progressão da doença ou o agravamento de suas seqüelas.

4.67. Conquanto haja cobertura menor do PSF nos dois grupos de municípios prioritários, os índices sugerem que o desempenho pode ser melhorado, tendo em vista que as



consultas e visitas médicas constituem atividades imprescindíveis à consolidação desse modelo de atenção básica e à sustentabilidade do processo de controle e eliminação da hanseníase.

4.68. Diante de todo o exposto, torna-se oportuno recomendar à SVS em conjunto com o DAB/MS 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.

4.69. O implemento de medidas dessa natureza deve contribuir para fortalecer e consolidar o vínculo de co-responsabilidade entre os profissionais médicos e a comunidade atendida, aumentar a resolubilidade das USF e ampliar o alcance das ações de vigilância, controle e eliminação da hanseníase, como os exames de contactantes, a busca ativa de casos novos e o resgate dos abandonos de tratamento.

Ações de educação e mobilização social

4.70. A divulgação de informações referentes à hanseníase é uma estratégia importante para a eliminação da doença. As principais ações desenvolvidas pelas esferas de governo nesse sentido são ações de capacitação, campanhas e confecção de cartazes, contudo observou-se que essas ações ainda são insuficientes e apresentam falhas de implementação.

4.71. A principal sugestão apresentada pelos coordenadores estaduais e municipais para a melhoria do PNEH refere-se à necessidade de ampliar as campanhas de divulgação da hanseníase. Eles consideram que a frequência das campanhas é baixa e que o material enviado aos municípios (folhetos, cartazes) não é suficiente. Alguns são bastante enfáticos ao afirmar que “a única maneira de acabar com a doença é divulgando”.

4.72. Deve-se ressaltar que é necessária uma análise criteriosa do material produzido para as campanhas. Identificaram-se cartazes com incorreções (figura 7), pouco didáticos (figuras 8 e 9) ou em inglês (figura 10). Também é importante avaliar se as campanhas vêm surtindo o efeito esperado. Segundo representantes do Morhan no Distrito Federal, estudo desenvolvido pela entidade indicou que o resultado da campanha de 2004, no que se refere ao esclarecimento da população, foi abaixo do esperado. As pessoas entrevistadas não conseguiam descrever, com segurança, os sinais e sintomas da doença e confundiam hanseníase com outras doenças (como, por exemplo, hantavirose).

Figura 7 – Fragmento de cartaz com incorreções gramaticais

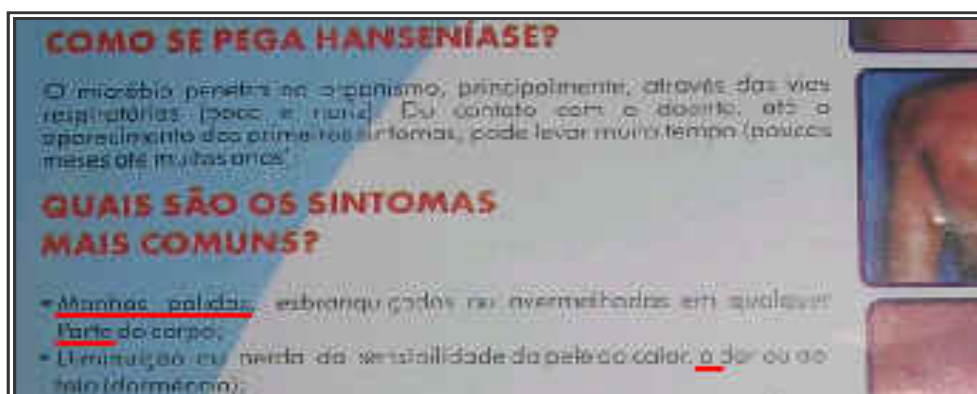




Foto: ACE Renato Kanemoto.

Figura 8 – Fragmento de cartaz com linguagem complexa

Figura 9 – Fragmento de cartaz com linguagem ambígua

Foto: ACE Renato Kanemoto.



Foto: ACE Maria Lúcia Lima.



Figura 10 – Cartazes em idioma estrangeiro



Foto: ACE Maria Lúcia Lima.

4.73. O Conasems, em parceria com o Ministério da Saúde, mantém em seu *site* o sistema denominado “Sistema de Gestão Municipal: panorama e alerta dos municípios”, que tem por objetivo “atrair, mobilizar, orientar, alertar e acompanhar o desempenho dos gestores municipais”. Durante as visitas aos municípios, verificou-se que ainda é muito pequeno o conhecimento dos coordenadores municipais de hanseníase acerca do *site* e do sistema que ele contém. Por isso, entende-se que deve haver maior divulgação do sistema entre os gestores e coordenadores municipais de hanseníase.

4.74. O governo brasileiro tem incentivado a criação de conselhos estaduais e municipais, como uma das formas de exercício do controle social. Na área da saúde, o funcionamento do conselho municipal é um dos requisitos para a habilitação do município na gestão plena da atenção básica. Na prática, observa-se que, embora implantados, nem sempre os conselhos atuam de forma satisfatória no controle social dos serviços públicos de saúde. Na opinião dos entrevistados, 48,3% dos conselhos municipais não atuam na questão de hanseníase. A baixa atuação dos conselhos diminui a participação social nas discussões sobre hanseníase e dificulta a mobilização da sociedade para obter melhoria dos serviços de atenção básica.

4.75. A grande maioria dos pacientes entrevistados (87%) desconhece canais de comunicação para apresentar denúncias, tirar dúvidas ou dar sugestões acerca de questões relacionadas à hanseníase. Dentre os coordenadores municipais pesquisados, 55,2% afirmam não dispor desses canais. Desse modo, pouca atenção é dada à opinião dos beneficiários em relação à prestação de serviços.

4.76. A efetiva implementação de ações de educação e mobilização social depende da priorização do Programa que, por sua vez, é dependente de decisões políticas. Além da falta de priorização do PNEH no nível municipal, a carência de recursos humanos e financeiros e a inadequação da estrutura física também foram apontadas como causas das dificuldades em implementar ações de educação e mobilização social. Deve-se ressaltar que ações dessa natureza



são fundamentais para fazer frente ao diagnóstico tardio e ao preconceito decorrentes de informações insuficientes e incorretas sobre a doença.

4.77. Identificaram-se, em alguns locais visitados, ações de educação visando a aumentar o nível de informação da população sobre a doença. Em Tocantins, a coordenação estadual do PNEH entrou em acordo com companhias de transporte aéreo e terrestre para a divulgação, por meio de folhetos, de sinais e sintomas da hanseníase e da tuberculose. Em São Luís/MA, são realizadas palestras sobre hanseníase nas salas de espera das unidades de saúde. A coordenação municipal do PNEH em Araguaína/TO realiza capacitação de professores para que eles informem e orientem os alunos sobre a doença. Em Cáceres/MT e Foz do Iguaçu/PR, é feita divulgação dos sinais e sintomas da doença em semáforos (ação chamada de *pit-stop*).

4.78. Em dois municípios visitados, registrou-se a existência de *outdoor* versando sobre a doença, como pode ser observado nas figuras 11 e 12.

Figura 11 – Outdoor em Imperatriz/MA



Foto: ACE Renato Kanemoto.

Figura 12 – Outdoor em Cáceres/MT



Foto: ACE Maria Lúcia Lima.

4.79. Com o objetivo de contribuir para a melhoria das ações de educação e mobilização social, entende-se pertinente recomendar à SVS que oriente as coordenações estaduais e municipais no sentido de:



a) 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;

b) 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;

c) 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;

d) 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.

4.80. A implementação das recomendações propostas poderá aumentar o nível de informação sobre a doença, fazendo com que se incremente o diagnóstico precoce, melhore a qualidade do atendimento, diminua o preconceito e a ocorrência de incapacidades instaladas. Além disso, poderá resultar em maior participação da sociedade no controle das ações de eliminação da hanseníase.

Articulação entre esferas de governo e entre áreas da saúde

4.81. O Sistema Único de Saúde foi concebido de forma que as ações e serviços públicos de saúde sejam descentralizados e funcionem de forma regionalizada e hierarquizada. Entretanto, a descentralização do SUS é um processo longo, que ainda não está concluído, mas acarreta algumas dificuldades de articulação entre as três esferas governamentais (federal, estadual e municipal), principalmente entre gestões estaduais e gestões de municípios de grande porte. Na prática, estados e municípios ainda encontram dificuldades para assumir, no dia a dia, as atribuições que lhes competem, de acordo com os normativos legais.

4.82. As principais causas da dificuldade de articulação entre as três esferas de governo são a falta de comprometimento dos gestores e a rotatividade de profissionais – coordenadores municipais de hanseníase – já comentada no subtítulo “Ações desenvolvidas na atenção básica”. Observa-se que o grau de envolvimento dos responsáveis no município pelas ações de saúde é fator determinante para o bom desempenho do Programa em nível local. E para que se consiga esse envolvimento é preciso haver interesse, conhecimento e, principalmente, continuidade do trabalho.

4.83. A NOAS define as atividades da atenção básica pertinentes à União, aos estados e aos municípios. Entretanto, há carência de ações de supervisão e assessoria técnica, assim como de diretrizes específicas para essas áreas. A Portaria GM/MS n.º 1.073, de 26/9/2000, que trata das instruções normativas destinadas a orientar o desenvolvimento das ações de controle e de eliminação da hanseníase em todo o território nacional, acaba de ser revista e encontra-se em fase de publicação. Espera-se que a Portaria revisada contenha definições capazes de suprir essa lacuna.



4.84. O repasse de recursos federais do PNEH para estados e municípios é feito na modalidade fundo a fundo. Nas visitas de estudo, os coordenadores do Programa referiram dificuldades para utilizar esses recursos. Essa questão extrapola o escopo deste trabalho, entretanto, entende-se que o controle social exercido por meio dos conselhos seria um dos mecanismos indicados para demandar do gestor local a correta aplicação dos recursos destinados às ações de eliminação da hanseníase.

4.85. Segundo os gestores estaduais e municipais, os prazos e condições a serem cumpridos no âmbito do SUS para o repasse de recursos federais dificultam sua utilização. Isso leva a uma preferência pelo uso de recursos provenientes de organizações não-governamentais, que são repassados em menos tempo e com menos entraves. Os recursos das ONGs são utilizados, basicamente, para ações de capacitação e para campanhas de divulgação da hanseníase.

4.86. Reduzida articulação entre as três esferas de governo pode ocasionar falta de conhecimento por parte de gestores locais e conseqüente falta de padronização de procedimentos e atuação em desacordo com a orientação federal. Algumas situações foram identificadas durante a execução do trabalho.

4.87. Muitos médicos ainda vêm adotando esquema terapêutico de 24 doses de poliquimioterapia para pacientes multibacilares, quando a orientação do nível federal é para que o paciente receba alta por cura após doze doses. Em caso de interrupção de tratamento, alguns médicos reiniciam o esquema PQT, independentemente do tempo que o paciente ficou sem tomar os medicamentos, contrariando, mais uma vez, o preconizado.

4.88. Ao ser questionada sobre tal achado, a SVS demonstrou preocupação e argumentou que, além de conseqüências em termos de desabastecimento, já que a medicação é calculada para 12 e não para 24 meses, ainda representa um problema ético, qual seja, dar mais remédio do que o necessário ao paciente (sic). Como medida minimizadora desse problema, o Programa pretende, segundo a sua coordenação, reforçar esta recomendação na Portaria GM/MS nº. 1.073 a ser publicada, estabelecendo critérios mais bem definidos para as exceções – casos raros – em que eventualmente seja necessário o prolongamento do tratamento.

4.89. As razões para encaminhamento ao centro de referência variam de um município para outro. Também não há uniformidade de procedimentos com relação a providências a adotar em caso de atendimento a pacientes de outro estado ou município.

4.90. Outro exemplo é a falta de padronização no uso dos cartões de aprazamento⁶. Isso dificulta o acompanhamento do paciente, principalmente, no caso de sua transferência para outro município durante o período de tratamento.

4.91. Para desempenhar suas funções, o Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase – PNEH articula-se com o PSF e o PACS, uma vez que estes executam atividades de atenção básica de suma importância. São realizadas as visitas domiciliares, fundamentais para a busca de comunicantes, o resgate de abandonos de tratamento, a verificação da tomada correta da

⁶ Instrumento que permite o controle da evolução clínica do paciente e a marcação das datas dos retornos para consultas ou aplicação de doses de medicamentos.



PQT e dos medicamentos para as reações, entre diversas outras atribuições, o que torna tais ações imprescindíveis ao controle e eliminação da doença no país. Portanto, a integração dos coordenadores federal, estaduais e municipais do PNEH com os coordenadores do PSF/PACS é fundamental para a efetivação do próprio processo descentralização dos serviços de saúde.

4.92. Por meio de pesquisa realizada com os coordenadores estaduais e municipais da hanseníase, constatou-se que 46% realizam ações de planejamento nos estados com as coordenações do PSF e apenas 11% nos municípios. No que se refere às ações de prevenção, detecção e divulgação, percebe-se maior integração entre as coordenações municipais dos dois programas. Na esfera municipal, aproximadamente 34% dos coordenadores de hanseníase promovem ações de prevenção, detecção e divulgação com os do PSF. Nos estados, esse percentual cai para aproximadamente 25%. Tais percentuais apurados demonstram a necessidade de maior integração entre as coordenações dos dois programas.

4.93. As dificuldades de articulação podem levar a complicações operacionais e menor alcance das metas pactuadas. Além disso, também é possível que aumente a ocorrência de inconsistências nos sistemas de informação.

4.94. A título de boas práticas, cabe registrar a assessoria técnica regionalizada prestada pela coordenação estadual de Tocantins a seus municípios. O trabalho consiste na formação de equipes multidisciplinares que visitam os municípios para realizar ações de capacitação, promover campanhas de detecção e esclarecer dúvidas acerca da hanseníase e do seu tratamento. A ação foi desenvolvida em 2004 e 2005, mas não pôde ser executada em todos os municípios devido a problemas administrativos. Cabe citar também Minas Gerais, onde a coordenação estadual promove oficinas de trabalho com representantes das coordenações municipais para a apresentação e divulgação de boas práticas desenvolvidas pelos municípios.

4.95. Entende-se que algumas providências podem ser tomadas para fortalecer a articulação entre as três esferas governamentais e entre as áreas de atenção básica, assistência farmacêutica e hanseníase. Nesse sentido, propõe-se recomendar à SVS que:

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

b) consolide a implantação do Grupo Tarefa, sem prejuízo das demais atribuições a ele conferidas;

c) articule com o Conasems medidas de estímulo à criação de consórcios municipais para atuar em áreas específicas do processo de eliminação da hanseníase, na forma do item 6.56.

4.96. Com a implementação das recomendações propostas, espera-se a indução de maior comprometimento e co-responsabilidade dos gestores estaduais e municipais. Também espera-se maior padronização de procedimentos e, conseqüentemente, melhor planejamento das ações.



Conclusões sobre a questão

4.97. As ações de controle e eliminação da hanseníase atribuídas à atenção básica de saúde, tais como exame de comunicantes, prevenção de incapacidades, tratamento de intercorrências, alimentação dos sistemas de informação e visitas médicas domiciliares, mostram deficiências na sua execução. Já as ações de educação e mobilização social ainda são insuficientes.

4.98. Quanto às visitas médicas, observa-se tendência geral à redução da sua prática, em contraposição ao crescimento dos índices de consultas realizadas por médicos na USF, contrariando a filosofia do Programa Saúde da Família.

4.99. No âmbito gerencial, existem dificuldades de articulação entre as esferas de governo e entre áreas da saúde (PSF, PACS, PNEH e Assistência farmacêutica).

4.100. Tendo em vista os problemas apontados, espera-se que as recomendações propostas, quando implementadas, promovam avanços em pontos críticos afetos à atenção básica, tais como as ações de vigilância epidemiológica (pesquisa de comunicantes; busca ativa), a prevenção de incapacidades e a alimentação dos sistemas de informação.

4.101. Não menos importante, serão as melhorias porventura alcançadas no fortalecimento do vínculo de co-responsabilidade entre os profissionais – PSF/PACS – e a comunidade atendida, na veiculação de informações sobre a doença e na busca de maior comprometimento e co-responsabilidade dos gestores estaduais e municipais da hanseníase e da atenção básica.

5. Reabilitação física e social

5.1. A disponibilização dos serviços de reabilitação pela rede pública de saúde é de grande relevância para promover melhor qualidade de vida às pessoas atingidas pela hanseníase. Os subtítulos seguintes expõem os achados de auditoria referentes à reabilitação física e social das possíveis incapacidades decorrentes da hanseníase e ao acesso a serviços destinados a essa atividade. Procura-se também abordar a influência do preconceito sobre as pessoas atingidas pela doença, tanto nas fases de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação como nas relações familiares e com a sociedade em geral.

Reabilitação física – referências e antigos hospitais-colônia

5.2. Os estados e os municípios prioritários comportam reduzido número de serviços que promovem ações efetivas de reabilitação física, especialmente o fornecimento de órteses e próteses e a realização de cirurgias reparadoras, indicando a baixa capacidade atual dos serviços de média e alta complexidade, assim como dos antigos hospitais-colônia, em prover a reabilitação dos seqüelados.



5.3. A reabilitação encontra respaldo normativo mais recente na Portaria GM/MS nº 586, de 6 de abril de 2004, que determina que ações e medidas sejam promovidas de forma compartilhada pelo Ministério da Saúde e as secretarias de saúde dos estados, dos municípios e do Distrito Federal, tendo por objetivo, dentre outros, ampliar a oferta de procedimentos de reabilitação física aos pacientes portadores de incapacidades e deformidades decorrentes da hanseníase.

5.4. Todavia, por ocasião das visitas aos municípios, constatou-se, de uma forma geral, que os espaços físicos para a realização de ações em reabilitação física são insuficientes ou mesmo inexistentes e os equipamentos e insumos são inadequados para o tratamento dos pacientes. As salas de atendimento são pequenas e não possuem instrumentos apropriados, impossibilitando os profissionais de exercerem atividades de reabilitação.

5.5. A figura 13 mostra uma sala de atendimento médico e de enfermagem, localizada em Centro de Referência Estadual, que dispunha de pouco mais de 2,5 metros para realização de exame de acuidade visual, utilizado para diagnosticar problemas como visão turva e lesões na córnea. Quando disponível, a mesma sala era utilizada para serviços de sapataria.

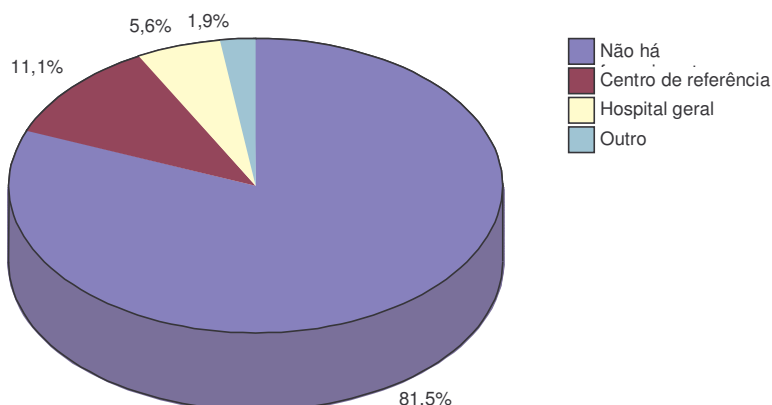
Figura 13 – Sala utilizada para atendimento e serviços de sapataria



Foto: Lídia Maria Lopes Pereira da Silva – TCE/PE.

5.6. Conforme dados da pesquisa, 60% dos coordenadores municipais do PNEH não reportaram qualquer iniciativa na área de fisioterapia. Apenas 18,5% dos municípios fornecem órteses e próteses para os pacientes e o fazem em centros de referência ou em hospitais gerais (gráfico 11).

Gráfico 11 – Fornecimento de órteses e próteses por municípios prioritários



Fonte: Pesquisa com coordenadores municipais do PNEH. Novembro/2005.

5.7. As órteses são dispositivos exoesqueléticos que, aplicados a um (ou vários segmentos do corpo), têm a finalidade de mantê-lo na postura mais correta em uma posição de descanso, realinhamento ou atividade controlada, enquanto as próteses constituem substitutos artificiais de partes do corpo (dente, braço mecânico), conforme ilustram as figuras 14 e 15.

Figura 14 - Próteses fabricadas em centro de referência Figura 15 - Órtese fabricada em centro de referência



Foto: ACE Renato Kanemoto.



Foto: ACE Renato Kanemoto.

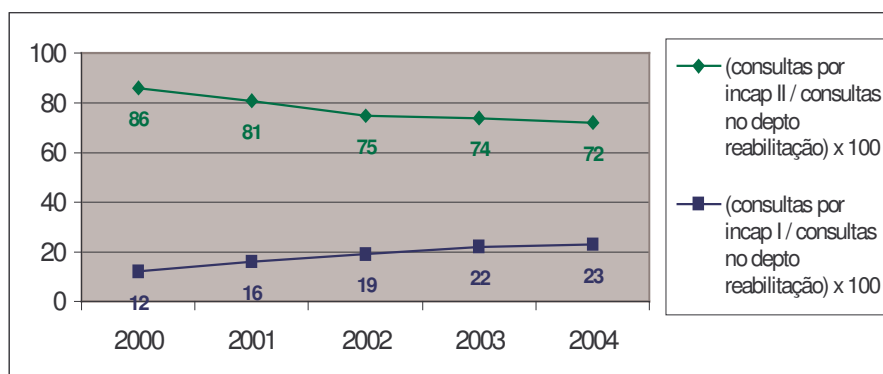
5.8. Em razão da escassez de dados quantitativos correlacionando próteses e órteses com incapacidades instaladas, buscou-se avaliar um caso concreto, versando sobre o fornecimento de órteses e o atendimento de consultas na área de reabilitação física, que permitisse visualizar tendências evolutivas.

5.9. A partir de informações extraídas do banco de dados do Instituto Lauro de Souza Lima – ILSL, localizado em Bauru/SP (Centro de Referência Nacional), calculou-se a proporção de consultas por incapacidades I e II desde o ano de 2000 (gráfico 12).

Gráfico 12 – Proporção de consultas de pacientes com graus de



incapacidade I e II no ILSL/SP. Período: 2000 a 2004



Fonte: Instituto Lauro de Souza Lima/SP.

5.10. Sabendo-se de antemão que o número de consultas no departamento de reabilitação não tem sofrido grandes flutuações durante o período, pode-se concluir que o índice real de atendimentos por incapacidade grau I vem crescendo (perda da sensibilidade na superfície plantar, sem lesões), tendo praticamente dobrado entre o início e o fim do período. Tal achado ganha reforço à medida que se observa que a detecção de casos novos em São Paulo vinha se mantendo na média anual de 3000 até 2004.

5.11. Inversamente, as consultas de pacientes com grau II, em que há perda da sensibilidade na superfície plantar associada a complicações, tais como úlceras ou lesões traumáticas, vêm declinando.

5.12. Destaque-se que o Instituto, sendo serviço de referência, absorve grande parte da demanda por reabilitação física no estado, sendo produtor único da sandália denominada Carville,

Figura 16 – Calçado para uso de paciente com incapacidade física



Foto: ACE Renato Kanemoto.

calçado moldado e com adaptações, mormente indicada nos casos de incapacidade grau II (figura 16).

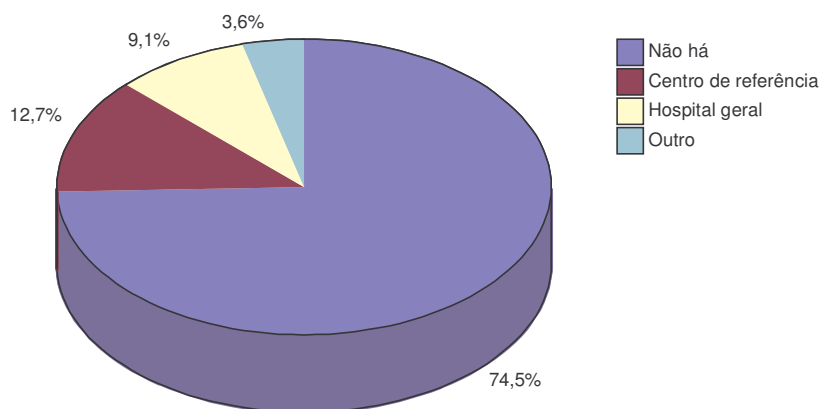
Nos últimos quatro anos, o ILSL vem mantendo uma oferta média anual de 520 pares do calçado, sem grandes oscilações no período, indicando uma aparente redução na demanda pelo calçado, já que os registros são cumulativos e os pacientes, em geral, fazem uso crônico do calçado.



5.13. Embora não seja possível, a partir desses resultados, fazer inferências para o Estado ou para o País, deve-se chamar a atenção para as incapacidades grau I, muitas vezes esquecidas nas estatísticas oficiais.

5.14. Outra ação importante na reabilitação física dos pacientes são as cirurgias reparadoras. De acordo com os registros, 74,5% dos municípios prioritários pesquisados não realizam esses procedimentos (gráfico 13), o que indica a reduzida capacidade atual dos serviços de média e alta complexidade em prover a reabilitação física dos seqüelados.

Gráfico 13 – Realização de cirurgias reparadoras em municípios prioritários



Fonte: Pesquisa com coordenadores municipais do PNEH. Novembro/2005.

5.15. Ainda, em relação às ações na área de reabilitação física, constatou-se que a participação de hospitais gerais na realização de procedimentos, em especial, o fornecimento de órteses e próteses e cirurgias reparadoras, nos estados e municípios prioritários, é reduzida, conforme dados da tabela 5, elaborada a partir da pesquisa com os coordenadores estaduais e municipais do PNEH.

Tabela 5 – Realização de procedimentos de reabilitação física em hospitais gerais nos estados e municípios prioritários



Procedimento	Estados	Municípios
Fornecimento de órteses e próteses	7,7%	5,6%
Cirurgias reparadoras	30,8%	9,1%

Fonte: Pesquisa com coordenadores estaduais e municipais do PNEH.
Novembro/2005.

5.16. Todavia, em face dos baixos percentuais da tabela 5, em confronto com os quantitativos discriminados na tabela 6, que revela a existência de 82 hospitais gerais universitários e de ensino no Brasil, mostra-se possível ampliar a participação dessas instituições no referenciamento de pacientes que carecem de procedimentos de reabilitação física.

Tabela 6 – Hospitais gerais universitários e de ensino por Região do Brasil

Região	H.Federal	H.Estadual	H.Municipal	H.Filantrópico	Total
Norte	2	3	0	0	5
Nordeste	10	8	0	2	20
Centro-oeste	4	0	0	0	4
Sudeste	10	11	1	11	33
Sul	7	2	1	10	20

Fonte: Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino – ABRAHUE.

5.17. Note-se que o Brasil apresenta cerca de 3000 casos de hanseníase detectados com alguma incapacidade ou deformidade a cada ano, portanto, um número não exorbitante, embora preocupante, e que poderia receber assistência mais efetiva, caso se promovesse a habilitação de maior número de instituições.

5.18. É possível que a maior parcela dos hospitais gerais universitários e de ensino não tenha dificuldades para cumprir os critérios estabelecidos pelo MS para o reconhecimento e a habilitação de Centros de Referência Nacionais de Hanseníase (ou Macro-regionais), quais sejam, realizar estudos e pesquisas; deter em seus quadros profissionais com titulação em nível de pós-graduação; possuir plano de capacitação de recursos humanos; dispor de equipe multidisciplinar; prestar assistência especializada à saúde, além de outros (Portaria SVS/MS n.º. 41, de 21 de setembro de 2005).

5.19. Como exemplo, cita-se o Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, vinculado à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – USP, visto como um dos Centros de Referência Nacionais mais atuantes.

5.20. Além da Portaria GM/MS n.º. 586, citada anteriormente, também daria amparo à habilitação de outros hospitais universitários a Portaria GM/MS n.º. 587, de 6 de abril de 2004, que determina que as secretarias de saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios adotem as providências necessárias à organização e implantação das redes estaduais de atenção à hanseníase, incluindo os serviços de atenção na média e na alta complexidades.

5.21. Segundo a maioria dos coordenadores de estados e municípios visitados, a persistir a situação atual, em que predominam a falta de estrutura física associada à baixa quantidade de procedimentos e serviços ofertados, tais como cirurgias e fornecimento de órteses e próteses,



além do acompanhamento por assistentes sociais, psicólogos e fisioterapeutas, tende-se ao acúmulo de casos de pacientes seqüelados não assistidos.

5.22. Registre-se, ainda, um agravante, em razão do acúmulo de casos: a dificuldade encontrada pelos pacientes em prover o próprio sustento, à medida que pessoas com incapacidades físicas não possuem as mesmas oportunidades de trabalho do que aquelas sem seqüelas ou deformidades físicas. Portanto, o comprometimento da força de trabalho causado pela invalidez (perda da força muscular devido ao acometimento de nervos periféricos) dificulta a sua inserção ou manutenção no mercado de trabalho. O desemprego diminui a auto-estima das pessoas atingidas pela hanseníase, resultando em maior demanda por ações de assistencialismo social e acompanhamento psicológico.

5.23. Por outro lado, vale citar como boa prática a recente realização de três cursos de capacitação de profissionais estaduais para ações de reabilitação física, dentro do Projeto Nacional de Prevenção e Reabilitação de Incapacidades e Deformidades em Hanseníase, do Ministério da Saúde. Um dos cursos abordava reabilitação física; outro, a criação de órteses e próteses; e o terceiro tratava de avaliação simplificada do pé, indicação e confecção de órteses simples.

5.24. Conforme já comentado no capítulo 3, foram realizados recentemente o diagnóstico da situação e o Seminário Nacional de Antigos Hospitais-Colônia. Os relatórios resultantes destes dois trabalhos indicaram deficiências nesses hospitais remanescentes das décadas de 30 e 40, em que as construções seguiam um padrão semelhante ao ilustrado na figura 17 e onde prevalecia uma política discriminatória e isolacionista.

Figura 17 – Ala de antigo hospital-colônia em Goiás/GO



Foto: ACE Cléber da Silva Menezes.

5.25. Entre os problemas apontados, destacam-se: falta de segurança nas comunidades, permanência do preconceito e falta de políticas de proteção, promoção e reabilitação. Disso

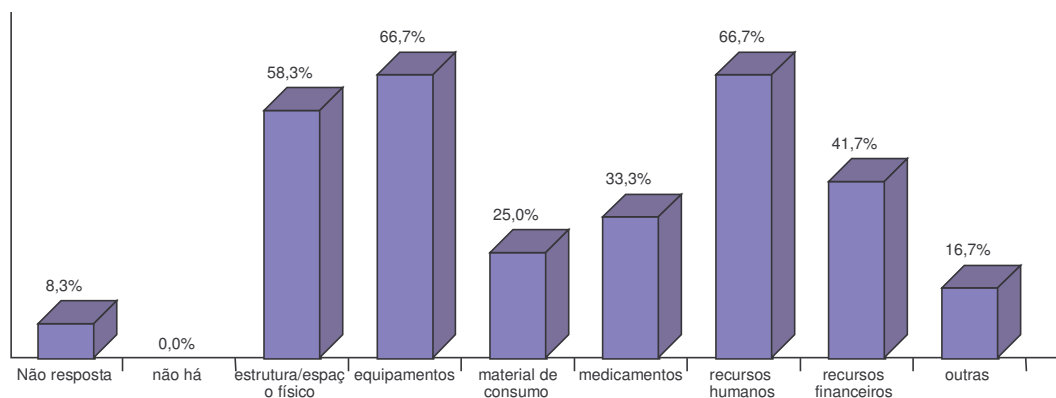


decorrem algumas deficiências no atendimento aos moradores, no que se refere a curativos, transportes, tratamento das reações e sapataria ortopédica.

5.26. No que diz respeito ao quantitativo de pessoal, o relatório registra que há profissionais das mais diversas especialidades, mas ocorrem desvios de função, transferência sem reposição, impossibilidade de contratação por falta de recursos, não cumprimento de carga horária ou número excessivo de profissionais.

5.27. No mesmo sentido, os dados da pesquisa realizada com antigos hospitais-colônia, na presente auditoria, permitem concluir que as ações de reabilitação física por eles promovidas são insuficientes. Cerca de 58,3% apontaram como dificuldades problemas de estrutura e espaço físico, 66,7% mencionaram a falta de recursos humanos, e, igualmente, 66,7%, a falta de equipamentos, de acordo com o gráfico 14. Apenas 33% fornecem órteses e próteses e 16% realizam cirurgias em quaisquer de suas modalidades na área de reabilitação.

Gráfico 14 – Principais dificuldades para o desenvolvimento de atividades nos hospitais-colônia



Fonte: Pesquisa com antigos hospitais-colônia. Novembro/2005.

5.28. Uma vez que os relatórios elaborados pelo Ministério da Saúde e pelo Morhan já descrevem os principais problemas e as medidas a serem adotadas pelos governos federal e estaduais, resta ao Ministério da Saúde supervisionar a criação de grupos de trabalho para atuar em cada hospital-colônia de modo a implementar as propostas dos relatórios supramencionados.

5.29. Assim, considerando o exposto acima, entende-se pertinente recomendar à SVS/MS a implementação, em conjunto com as secretarias estaduais e municipais de saúde, do processo de referenciação 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 GM/MS n^{os}. 586 e 587, 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.

5.30. Cabe recomendar ainda que a SVS elabore orientações às coordenações estaduais e municipais no sentido considerar, por ocasião da definição das estratégias de capacitação, a ênfase na parte prática (trabalhos de campo), na forma do item 4.30. Para o maior sucesso dessas capacitações de profissionais vinculados à reabilitação física, deve-se realizar a avaliação de impactos das capacitações realizadas, para verificar se houve melhora no desempenho profissional decorrente da capacitação.

5.31. Com a implementação das recomendações propostas pretende-se maior qualificação dos profissionais que trabalham com a reabilitação física, ampliação do atendimento, bem como a melhoria nas atividades de reabilitação e da qualidade de vida dos beneficiários, incluindo os moradores dos antigos hospitais-colônia.

Reabilitação social

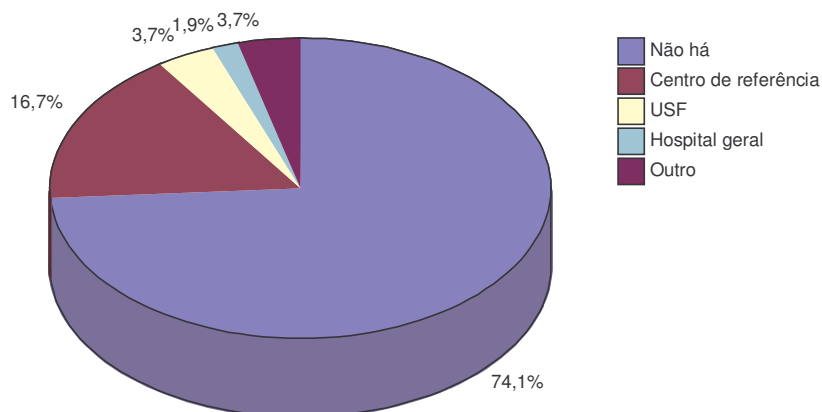
5.32. As ações de reabilitação são definidas como processos que objetivam compensar a perda de uma função ou uma limitação funcional e facilitar ajustes e reajustes sociais. Assim como as ações de reabilitação física, as de reabilitação social têm se revelado incipientes no atendimento aos pacientes atingidos pela hanseníase.

5.33. Na maioria dos centros de referência e em parte das unidades básicas de saúde, onde seria possível o atendimento por psicólogos, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais, as atividades são realizadas de forma isolada, inexistindo equipe integrada de trabalho para conduzir os aspectos multidisciplinares que envolvem a reabilitação social. Aqui cabe uma ressalva no sentido de esclarecer que os profissionais citados, de acordo com a normatização vigente, não compõem obrigatoriamente a unidade de saúde da família (modalidade de unidade básica), cabendo ao município a decisão de incorporá-los.

5.34. A pesquisa realizada com os coordenadores municipais das ações da hanseníase revelou que 74% dos municípios não contam com apoio de assistentes sociais, enquanto 13% dispõem desses profissionais em centros de referência e 5%, em unidades básicas de saúde.

5.35. A mesma pesquisa registrou que em 16% dos municípios existe acompanhamento por psicólogos em centros de referência, 3,7% em unidades básicas, todavia em 74,1% não há apoio de psicólogos, conforme o gráfico 15 ilustra.

Gráfico 15 – Acompanhamento por psicólogo em municípios prioritários



Fonte: Pesquisa com beneficiários do PNEH. Novembro/2005.

5.36. Com relação aos hospitais-colônia, a pesquisa realizada mostrou que 41% relatam apoio de assistentes sociais e 50% de psicólogos. O Relatório Final do Diagnóstico da Situação Atual dos Hospitais-Colônia menciona que existem poucos serviços de reabilitação (física, psicológica e social), não sendo regular a sua oferta por parte desses hospitais, além de outros problemas citados no subtítulo anterior.

5.37. As principais causas identificadas da desestruturação dos serviços de reabilitação social são a baixa descentralização das ações da hanseníase nas unidades básicas de saúde aliada à centralização secular do atendimento nos escassos serviços referenciados, a não priorização da reabilitação social pelos municípios, a ausência de profissionais da área de reabilitação social, tais como assistentes sociais, psicólogos e terapeutas ocupacionais nos centros de referência, unidades de saúde, hospitais-colônia ou, até mesmo, no âmbito do próprio município, e por fim as limitadas condições dos pacientes de perseguirem seus próprios direitos.

5.38. As deficiências relatadas provocam diminuição da qualidade de vida dos pacientes, dificuldades na reintegração na comunidade e no trabalho, e pouco acesso dos pacientes às informações sobre seus direitos e à concessão dos benefícios devidos.

5.39. Como já foi comentado, as condições socioeconômicas dos pacientes entrevistados é muito precária. Frequentemente dependem de auxílio para transporte aos serviços de reabilitação e realização de exames, que, quando existem, são oferecidos em centro de referência ou hospitais distantes de sua residência. A questão do desemprego e a redução da auto-estima, também frequentes, foram relatadas no subtítulo anterior.

5.40. Com relação aos direitos, a Constituição Federal os prevê, de forma a garantir a integridade física e social de seus cidadãos, além de reprimir a discriminação em qualquer de suas expressões. No entanto, o acesso a esses direitos pelo cidadão atingido pela hanseníase não tem se concretizado. Assim, seria oportuno que o Poder Público, incluindo-se o Ministério da Saúde, identificasse meios e instrumentos para se prestar assessoria jurídica efetiva a essas pessoas, a exemplo da assessoria disponibilizada pelo Programa Doenças Sexualmente Transmissíveis e Síndrome de Imunodeficiência Adquirida - DST/AIDS.



5.41. Como boas práticas de gestão, algumas ações voltadas à reabilitação social foram identificadas nos estados visitados. Em Rondônia foi celebrado convênio com o Serviço Social do Comércio – SESC, que reserva vagas gratuitas em cursos profissionalizantes para as pessoas atingidas pela hanseníase. Em São Luís/MA há o Projeto de Habilitação e Reabilitação Social da Pessoa com Deficiência desenvolvido pela Fundação Municipal da Criança e Assistência Social – FUMCAS, que promove debates sobre temas de interesse dos atingidos pela hanseníase e a realização de trabalhos artesanais. Além disso, no Acre, Paraná e Pernambuco foram identificadas leis que concedem pensão especial às pessoas atingidas pela hanseníase.

5.42. Com o objetivo de intensificar as ações referentes à reabilitação física e social das pessoas atingidas pela hanseníase, propõe-se recomendar à SVS/MS a 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.

5.43. Outra recomendação a ser proposta à SVS/MS em conjunto com as SES, consiste na identificação e realização de 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.

5.44. Por fim, aguarda-se que a implementação dessas recomendações colabore para a melhoria na reinserção social das pessoas atingidas pela hanseníase, na qualidade de vida dos pacientes que necessitam de reabilitação e nas condições gerais de cidadania.

Atividades dos centros de referência

5.45. Constatou-se que atividades que seriam de competência de unidades básicas de saúde – prevenção, diagnóstico e tratamento com PQT – vêm sendo realizadas por centros de referência – CR de forma compartilhada com aquelas ou de forma exclusiva, resultando, neste último caso, na centralização do atendimento aos pacientes de hanseníase, mesmo quando existe cobertura das ações de controle e eliminação da doença na atenção básica.

5.46. Importa enfatizar que a centralização dos serviços de prevenção, diagnóstico e tratamento nos centros de referência tem consequências adversas como o comprometimento de ações de acompanhamento ou vigilância epidemiológica (dificuldade de examinar os comunicantes, de promover a busca dos faltosos, de verificar a tomada domiciliar da PQT e de medicamentos para reações hansênicas) e o aumento do índice de abandonos de tratamento, uma vez que as dificuldades de acesso e locomoção dos pacientes são fatores desmotivadores.

5.47. Esses efeitos podem diminuir a efetividade do combate à hanseníase no país, na medida em que o aumento do número dos faltosos pode ocasionar aumento da transmissão da doença. Portanto, são fundamentais ações que possam aumentar a descentralização dos serviços.

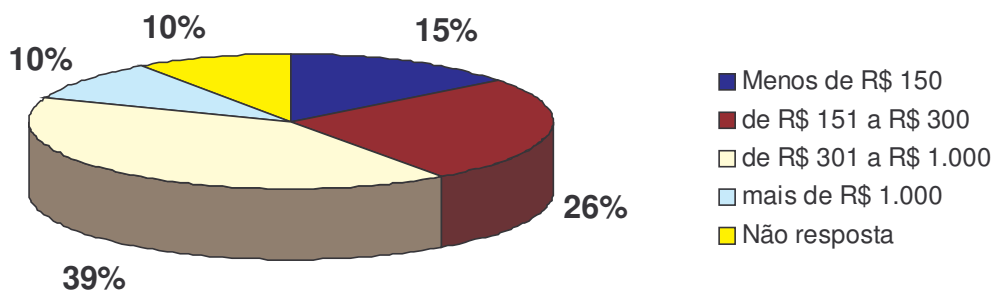
5.48. Atualmente, os CR estaduais e municipais atendem à demanda espontânea, ou seja, são atendidos todos os pacientes que procuram os CR sem encaminhamento médico, sendo que aproximadamente 40%, após o primeiro atendimento, encaminham o paciente para as



unidades básicas de saúde, enquanto os demais assumem as atividades que deveriam ser realizadas na atenção básica.

5.49. As dificuldades de acesso dos pacientes aos CR nos estados e municípios para o tratamento é um fator que contribui para o maior abandono de casos, uma vez que 41% têm renda familiar menor que um salário mínimo e 80%, menor que R\$ 1.000,00 (gráfico 16). Conforme pesquisa realizada com os beneficiários, um número significativo deles reside em outro município, cerca de 25%.

Gráfico 16 – Faixa de renda familiar dos pacientes entrevistados



Fonte: Pesquisa com beneficiários do PNEH. Novembro/2005.

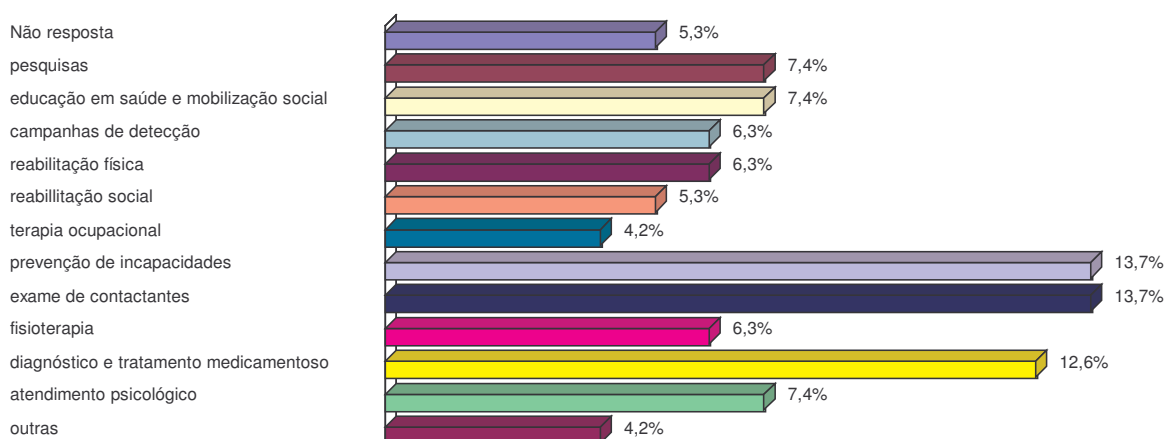
5.50. Um fator que contribui para a centralização das atividades nos CR diz respeito à falta de profissionais capacitados nas unidades básicas de saúde, bem como a não assunção das atividades de hanseníase por essas unidades. A sobrecarga de atendimento nos CR impossibilita-os de realizar ações de maior complexidade, como projetos de pesquisas no combate a doença ou cirurgias reparadoras.

5.51. Conforme pode ser observado no gráfico 17, as atividades executadas com maior frequência pelos centros de referência pesquisados são: prevenção de incapacidades, exame de contactantes, diagnóstico e tratamento medicamentoso. Com exceção da primeira, as outras atividades são atribuições típicas da atenção básica. Ademais, procedimentos simples de prevenção de incapacidades também podem ficar a cargo das unidades básicas.



5.52. Por outro lado, atividades de média e alta complexidade, características de centros de referência, são pouco executadas. Apenas 39% dos centros de referência realizam pesquisas e 33% realizam cirurgias para a reabilitação física dos pacientes. Estes percentuais poderiam ser maiores se os profissionais dos centros de referência tivessem maior disponibilidade para se dedicar a essas atividades.

Gráfico 17 – Atividades desenvolvidas nos centros de referência



Fonte: Pesquisa com centros de referência. Novembro/2005.

5.53. A coordenação do PNEH, segundo se observou, encontra dificuldades para sensibilizar os secretários de saúde de modo a priorizar ações que favoreçam a descentralização dos serviços prestados. A confiança e a comodidade em saber que os pacientes serão atendidos nos centros de referência acabam por enfraquecer a atuação do gestor em ações que devam promover a descentralização das atividades para as unidades básicas.

5.54. O Ministério da Saúde tem elaborado junto com os estados o Plano Anual de Trabalho – PAT, conforme descrito no capítulo 3. Nesse documento são pactuadas metas estaduais de eliminação da hanseníase, tais como as de descentralização dos serviços de diagnóstico e atendimento. No entanto, o acompanhamento do cumprimento dessas metas é incipiente, uma vez que a falta de mecanismos que possam impor a obrigatoriedade aos estados



do cumprimento de metas, dificulta as ações da coordenação federal no intuito de promover maior descentralização das atividades de combate à hanseníase.

5.55. Em razão do exposto, torna-se pertinente propor as seguintes recomendações à SVS/MS, de modo a favorecer o desenvolvimento de atividades de maior complexidade pelos CR (pesquisas, fisioterapia, cirurgias reparadoras) e intensificar a descentralização dos serviços de prevenção, diagnóstico e tratamento para as unidades básicas de saúde:

a) intensificar 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;

b) recomendar a criação dos PAT com metas de descentralização entre estados e municípios;

c) recomendar aos estados que utilizem, para fins de reconhecimento e 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.

5.56. Com essas medidas, espera-se o aperfeiçoamento da atuação dos CR nas ações de maior complexidade e conforme padrões definidos pelo Ministério da Saúde, com vistas a obter ganhos, especialmente na prevenção e tratamento das incapacidades e deformidades.

Preconceito e informação sobre a doença

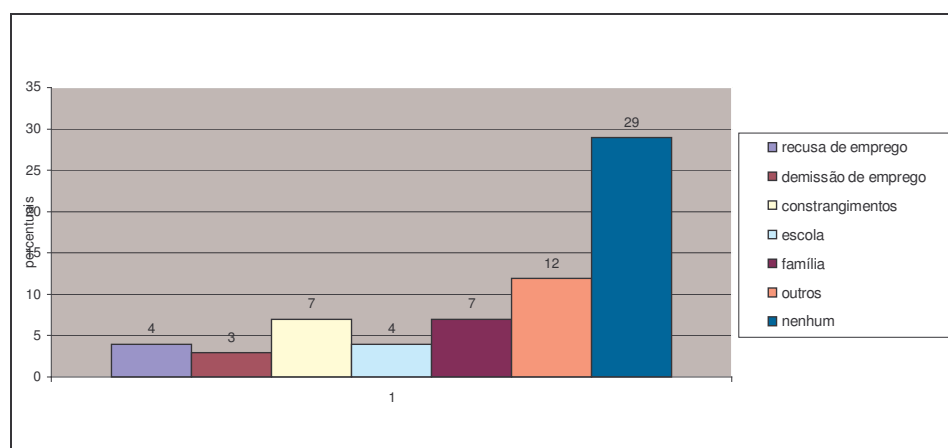
5.57. A falta de informações sobre a doença, que atinge a humanidade há milênios, e cuja cura é ainda considerada recente, reforça o preconceito que aflige os pacientes. Relatos obtidos indicam que a comunidade e alguns profissionais de saúde, por desinformação ou incompreensão, discriminam o paciente da hanseníase, trazendo prejuízos à sua recuperação. Casos de auto-preconceito igualmente acontecem, abalando a auto estima dos pacientes e fazendo com que se isolem e vivam o conflito de não revelar a doença.

5.58. Na pesquisa com os coordenadores municipais da hanseníase, 33% afirmaram haver preconceito contra as pessoas atingidas pela hanseníase envolvendo a comunidade ou os profissionais de saúde; enquanto 38% preferiram não opinar a respeito. Houve relato de casos de rejeição de alunos e trancamento de matrícula em escolas, demissão de empregos, recusa de colegas a trabalhar próximos à pessoa com hanseníase, rejeição pela família do paciente, recusa de atendimento por profissionais de saúde e procura de pacientes por tratamento em bairros e municípios vizinhos com o intuito de esconder a doença.

5.59. Entre os pacientes atingidos pela hanseníase entrevistados, 61% relataram casos de preconceito sofridos no ambiente familiar, na escola ou no emprego, além de situações de constrangimento, como o receio declarado, por parte de minorias, de se aproximar de pacientes, inclusive daqueles que concluíram o tratamento. O gráfico 18 ilustra as situações descritas e seus percentuais de ocorrência.



Gráfico 18 – Situações de preconceito vivenciadas por pacientes



Fonte: Pesquisa com coordenadores municipais do PNEH. Novembro/2005.

5.60. A realização de campanhas de divulgação, informação e detecção representam importante instrumento de combate ao preconceito, por permitir o esclarecimento sobre a doença e o diagnóstico precoce. Dentre os coordenadores de municípios prioritários, somente 53% apontaram a realização de campanhas de divulgação e prevenção.

5.61. Sobre a suficiência ou não dessas campanhas, foram consultadas instituições parceiras no processo de controle e eliminação da doença. Dos centros de referência, 77% avaliaram as campanhas como insuficientes; na percepção das organizações não-governamentais, 43% consideram que a insuficiência das campanhas de divulgação está entre as três principais dificuldades no combate à doença; dos diretores dos hospitais-colônia, 66% responderam que as campanhas da hanseníase ainda são insuficientes para produzir reflexos na diminuição do preconceito.

5.62. A principal causa da existência do preconceito é a falta de informações sobre a doença, tanto em relação a noções básicas como aos mitos seculares. As campanhas de divulgação e informação são esparsas e não obedecem a cronograma de divulgação permanente. Além disso, nem sempre focam a cura e o não contágio após o início do tratamento, e muitas vezes agravam o preconceito ao chamar a atenção para deformidades.



5.63. A falta de informação contribui para o diagnóstico tardio, tendo em vista, inclusive, que muitos profissionais não associam os sintomas à hanseníase. Esse diagnóstico tardio provoca maior transmissão da doença e o acúmulo de pacientes seqüelados, com limitações para a realização de tarefas simples do dia-a-dia ou com dificuldades no convívio social.

5.64. Com o objetivo de minimizar o preconceito, recomenda-se à SVS/MS que elabore orientações aos estados e municípios para a realização de ações de educação em saúde e mobilização social abordando a questão do preconceito, na forma do item 4.79.

5.65. Também pretende-se recomendar à SVS/MS que oriente as coordenações estaduais e municipais a estabelecer calendário de campanhas de divulgação periódicas e sistemáticas sobre a hanseníase.

5.66. Por fim, espera-se obter como principais benefícios dessas recomendações a diminuição do preconceito em relação à doença, gerando ganhos para a reabilitação social dos pacientes, e o incremento no número de diagnósticos precoces da hanseníase.

Conclusões sobre a questão

5.67. Verificou-se que os serviços de saúde (média e alta complexidade) nos estados, incluindo os antigos hospitais-colônia, e nos municípios prioritários possuem reduzida capacidade de prover a reabilitação física e social dos seqüelados, predominando a quase inexistência de equipes multidisciplinares necessárias ao processo de reabilitação.

5.68. Atividades voltadas para a hanseníase que seriam de competência de unidades básicas também vêm sendo realizadas por centros de referência, muitas vezes de forma exclusiva, resultando na centralização do atendimento, que deveria ser suportado por aquelas unidades.

5.69. Casos de preconceito envolvendo a comunidade e alguns profissionais de saúde, ou mesmo de auto-preconceito, em geral causados por desinformação ou incompreensão, trazem prejuízos à recuperação dos próprios doentes.

5.70. Em face de a área de reabilitação física e social enfrentar diversos entraves, foram elaboradas recomendações com o objetivo de minimizá-los. Com o seu cumprimento é de se esperar a ampliação do atendimento de maior complexidade e o aperfeiçoamento da qualificação dos profissionais que trabalham com a reabilitação física, redundando na melhoria da qualidade de vida dos beneficiários, na reinserção social das pessoas atingidas pela hanseníase, na diminuição do preconceito em relação à doença e nas condições gerais de cidadania.

6. Quadro epidemiológico baseado na análise de indicadores

6.1. A partir da análise das séries históricas de indicadores, elaborou-se um perfil epidemiológico da doença que permitisse avaliar a situação real de endemicidade da hanseníase no Brasil e a qualidade dos dados e informações.



6.2. O primeiro subtítulo aborda os principais indicadores do Programa e procura medir o seu grau de confiabilidade, naquilo que se refere à endemicidade da doença. Em seguida, compara-se o desempenho de municípios prioritários e seus limítrofes não prioritários, quanto a internações e diagnósticos, relacionando possíveis implicações.

6.3. Levantamentos realizados durante a auditoria, fundamentados nos sistemas de informações operacionalizados pelas três esferas de governo e em estudos promovidos pela OMS (Monitoramento da Eliminação da Hanseníase – LEM), apontam que tanto a Taxa de Prevalência quanto os demais indicadores ainda não possuem o grau de confiabilidade desejável para refletir, com precisão, a carga de morbidade (quantidade de doentes) e a magnitude da doença (risco de transmissão).

6.4. O Programa conta com indicadores epidemiológicos e operacionais, classificados atualmente como de magnitude/morbidade e de qualidade da assistência respectivamente. Podem ser considerados valiosas ferramentas de avaliação, desde que sejam efetivamente calculados e quantificados com base em dados consistentes. Alguns desses indicadores encontram-se pactuados na Atenção Básica e na PPI-VS, enquanto outros apenas estão previstos no Guia da Hanseníase do MS, mas não pactuados.

6.5. Realizaram-se análises comparativas focadas nas variáveis medidas pelos indicadores, nas suas séries históricas e nos dados operacionais, com o objetivo de aferir a confiabilidade das informações geradas. As análises revelaram incompatibilidades entre os dados examinados e imprecisões que indicam a necessidade de melhoria de algumas ações, no sentido de possibilitar incremento de qualidade tanto na produção de dados como no acompanhamento das ações de controle e dos seus efeitos.

6.6. A série histórica dos indicadores sofre variações bruscas de um ano para outro, sem nenhuma justificativa aparente, quando se comparam tendências evolutivas de indicadores de estados, municípios e até mesmo do país.

6.7. A título de exemplo de incompatibilidade de dados, a tabela 7 expõe a diferença observada entre a média dos percentuais de casos novos diagnosticados com grau de incapacidade no período 1999/2002, a partir dos registros do Ministério da Saúde, e o percentual informado pelos respectivos estados em 2003.

Tabela 7 – Proporção de casos novos diagnosticados com grau de incapacidade em seis UF. Período: 1999 a 2003

Unidade da Federação	Média 1999/2002	2003
Rio Grande do Norte	78,86%	15,60%
Pernambuco	87,95%	22,00%
Alagoas	74,98%	43,70%
Piauí	93,14%	53,00%
Sergipe	68,84%	38,90%
Rio de Janeiro	83,90%	40,10%



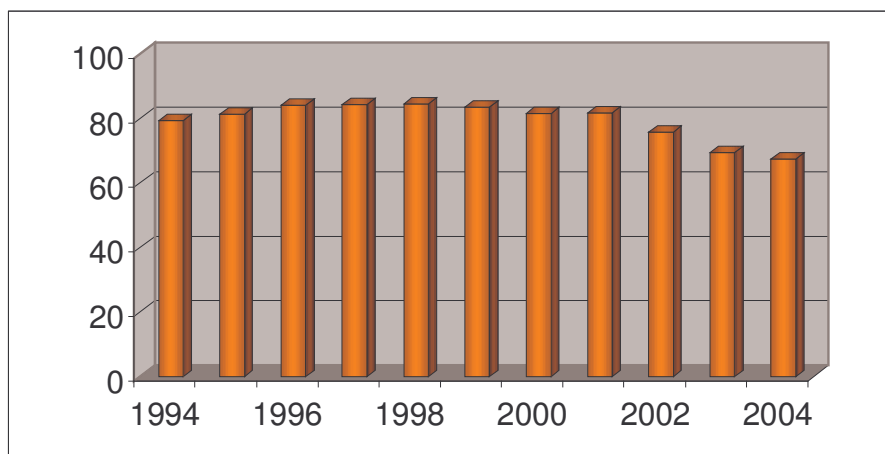
Distrito Federal	90,16%	42,90%
------------------	--------	--------

Fontes: Sistema de Informações de Agravos de Notificação – Sinan/MS
Secretarias Estaduais de Saúde.

6.8. Notam-se percentuais acentuadamente menores em 2003 nas sete UF relacionadas, com reduções de até 80%, como é o caso do Rio Grande do Norte, que traduzem uma ruptura na tendência evolutiva do indicador de difícil interpretação.

6.9. Passando a outro exemplo, observa-se uma acentuada redução da proporção de cura⁷, a partir do ano de 1999 (gráfico 19), contrariando a tendência esperada, já que houve melhoria de acesso ao tratamento possibilitada pela ampliação da descentralização do sistema de saúde, com crescimento acelerado da cobertura do PSF, e das ações de controle da hanseníase. Apesar, também, da redução pela metade do tempo preconizado para tratamento a partir de 2001 (pacientes paucibacilares – de 12 para 6 meses; multibacilares – de 24 para 12 meses).

Gráfico 19 – Proporção de cura da hanseníase no Brasil. Período: 1994 a 2004



Fontes: Sistema de Informações de Agravos de Notificação – Sinan/MS
e ATDS (Área Técnica de Dermatologia Sanitária).

6.10. Quanto ao coeficiente de detecção, considerado confiável, contém possíveis imprecisões. Foi calculado pela OMS (LEM, Brasil, 2003) em 2,14 para o ano de 2002, enquanto o Ministério da Saúde, para o mesmo ano, fixou o coeficiente em 2,72. Cabe ressaltar que o LEM é um exercício de monitoramento desenvolvido pela OMS, constituindo importante instrumento de validação de indicadores de desempenho à disposição do PNEH. Esta metodologia de avaliação baseia-se em um estudo transversal realizado em unidades de saúde aleatoriamente selecionadas e em entrevistas direcionadas a pacientes e profissionais de saúde.

6.11. Com relação à taxa de prevalência do Brasil, de acordo com o LEM, foi calculada em 2,69 (padrão OMS) para o ano de 2002. Para o mesmo ano e para o seguinte, no entanto, a coordenação do Programa havia calculado o índice em 4,42 e 4,52, respectivamente, segundo

⁷ Proporção de cura nos casos novos de hanseníase diagnosticados. Fórmula de cálculo: (número de casos novos de hanseníase diagnosticados e curados / número total de casos de hanseníase diagnosticados) X 100. O PPA 2004/2007 refere-se a esse indicador como Taxa de cura, enquanto o LEM atribui a este último outra fórmula de cálculo – Apêndice B.



critérios anteriores baseados no total de casos registrados. Já em 2004, ao promover a adequação da metodologia de cálculo em consonância com os critérios da OMS, a coordenação quantificou a prevalência em 1,71.

6.12. Pelos critérios anteriores, a prevalência de 2004 estaria em torno de 5,1, o que significaria um aumento do número de casos em tratamento naquele ano em relação a 2002. Por conseguinte, estimou-se que o valor do indicador mais apropriado para o ano de 2004 estaria em um patamar superior aos 2,69 calculados pelo LEM em 2002.

6.13. A justificativa para o substancial decréscimo do valor quantificado pelo MS está no descarte de um grande número de pacientes que estavam no registro ativo há mais de nove meses, se pacientes paucibacilares, e há mais de dezoito meses, se pacientes multibacilares. Além disso, dados do MS sinalizam que, atualmente, cerca de 30 % dos pacientes abandonam o tratamento. Ademais, foram identificados problemas na operacionalização e na atualização dos sistemas de informação.

6.14. Assim sendo, seria razoável admitir que o coeficiente de prevalência apresente certo grau de imprecisão, estando possivelmente subestimado. Todavia, deve-se fazer uma ressalva no sentido de que a taxa de prevalência, de forma isolada, somente reflete a densidade do número de casos em tratamento em um determinado momento, não tendo condições de prognosticar a tendência de eliminação da doença em uma série histórica.

6.15. Alguns fatores que podem comprometer a confiabilidade dos indicadores foram identificados por meio de consulta a gestores e especialistas:

a) falhas de alimentação do Sinan no âmbito municipal e perda de informações quando da transferência dos níveis municipais para os estaduais e dos níveis estaduais para o federal;

b) falta de atualização da base de dados de alguns estados;

c) variação, de estado para estado, da forma de cálculo dos indicadores e dos critérios de obtenção das informações, em prejuízo da uniformidade e da avaliação comparativa de desempenho, tal como ocorre com relação ao Pacto de Indicadores da Atenção Básica;

d) dificuldades no registro da alta por cura em razão das diferentes modalidades de tratamento (paucibacilares – 6 meses e multibacilares – 12 meses) e da presença de sintomas aparentes, ao final do tratamento, em parte dos casos;

e) período de tratamento prolongado por alguns médicos (24 meses), em desacordo com o preconizado pelo MS (6 e 12 meses).

6.16. Há que se considerar também que o comprometimento da confiabilidade dos valores atribuídos aos indicadores implica dificuldade na definição e no planejamento das ações de intervenção pertinentes.

6.17. Neste contexto, deve-se destacar que os esforços atualmente despendidos por técnicos da coordenação do PNEH, com ênfase nas capacitações voltadas para a operacionalização dos sistemas de informação, em especial o Sinan, certamente trarão progressos a curto e médio prazos. Em 2004/2005, foram treinados 530 técnicos diretamente nos estados



(CE, AC, AL, MA, PE, GO, RR, MT, PI, PB, SE e BA) por meio de cursos e oficinas ou durante eventos.

6.18. A utilização de aplicativos, como o *hanswin* e o *tabwin* tem se mostrado uma boa ferramenta para obtenção de dados do Sinan, até que ele seja aprimorado e permita a emissão de relatórios necessários ao gerenciamento das informações e validação da confiabilidade desses dados.

6.19. Conforme informações da coordenação, a SVS vem efetivando parceria com o Datasus para o desenvolvimento de ferramenta semelhante ao *hanswin* que permita identificar possíveis inconsistências nos registros, como as decorrentes da classificação de pacientes com lesão única como multibacilares ou do preenchimento incorreto da idade de pacientes.

6.20. Do mesmo modo, o estabelecimento de parceria do Ministério da Saúde com a Organização Mundial de Saúde, para a realização dos LEM, tem se configurado uma boa prática que propicia a validação dos indicadores, essenciais para a mensuração do desempenho das ações implementadas.

6.21. Tendo em vista as ocorrências relatadas, entende-se necessário que se recomende à SVS/MS que:

a) se articule 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; a alimentação correta e tempestiva dos sistemas de informação, tendo em vista a produção de indicadores de desempenho plenamente confiáveis

b) intensifique parcerias com instituições de pesquisa, com vistas à validação dos indicadores mais importantes.

6.22. Espera-se, com estas recomendações, contribuir para o aumento do grau de precisão dos valores calculados e para a obtenção de indicadores plenamente confiáveis que propiciem melhor planejamento e definição das ações de intervenção necessárias.

Evolução de indicadores em municípios prioritários e vizinhos não prioritários

6.23. O estudo comparativo da evolução histórica de indicadores de municípios prioritários e seus vizinhos não prioritários (limítrofes) indica que os primeiros vêm apresentando demanda aumentada por diagnóstico, tratamento e internação hospitalar de pacientes atingidos pela hanseníase, em razão de provável migração de casos do segundo grupo de municípios.

6.24. O diagnóstico situacional do processo de controle e eliminação da doença nos dois grupos de municípios foi fundamentado no estudo comparativo das séries históricas de indicadores construídos com base em variáveis relacionadas a detecções de casos novos e internações hospitalares em razão da hanseníase.



6.25. A escolha dos indicadores levou em conta, à medida do possível, o grau de confiabilidade dos dados a serem utilizados e a sua capacidade de mensurar ações desenvolvidas predominantemente na atenção básica (detecções) e na média e alta complexidades (internações), de forma a permitir a identificação de diferenças no desempenho dos grupos comparados.

6.26. A construção dos indicadores obedeceu às seguintes fórmulas de cálculo:

a) Taxa de detecção de casos novos de hanseníase : (número de casos novos de hanseníase notificados / população total) x 10.000;

b) Taxa de internação por hanseníase: (número de internações por hanseníase / população total) x 100.000.

6.27. Na quantificação das taxas, cada qual foi mensurada separadamente em função do local de atendimento (município onde ocorreu a notificação do caso novo ou a internação do doente) e do local de residência (onde mora o doente), tendo sido confrontados 68 municípios prioritários com 136 não prioritários limítrofes, sendo estes o grupo de comparação, abrangendo-se o período de 1999 a 2005.

6.28. Para a extração dos dados foi necessário acesso aos bancos de dados do Datasus (Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS e Sistema de Informações de Agravos de Notificação – Sinan) e do IBGE, este último, para a pesquisa de dados populacionais.

6.29. Registre-se que a taxa de detecção, da forma como foi definida, já consta da relação de indicadores do Pacto da Atenção Básica de 2005, enquanto a taxa de internação, foi construída para aplicação específica no presente estudo.

6.30. Para melhor compreensão do estudo comparativo, convém detalhar a metodologia aplicada na definição dos grupos de municípios.

6.31. Inicialmente, optou-se por selecionar 198 municípios que constam igualmente da relação dos 206 municípios atualmente considerados prioritários pelo Ministério da Saúde e da anteriormente vigente. A relação atual foi definida no início de 2004 e contempla 72,4% da prevalência da hanseníase no Brasil.

6.32. Em seguida, foram excluídas as capitais dos estados, por se conhecer de antemão a sua alta taxa de absorção da demanda dos municípios vizinhos. Também foram excluídos da amostra os municípios prioritários que fazem fronteira com dois ou mais municípios também prioritários, ou com capitais. Isso foi feito porque, caso contrário, haveria dificuldades para selecionar municípios vizinhos não-prioritários, cuja área de influência se restringisse somente a um município prioritário.

6.33. Consideradas estas restrições, foram selecionados 68 municípios prioritários e dois municípios não-prioritários vizinhos (limítrofes) a cada um deles, perfazendo um total de 204 municípios.

6.34. Para a escolha de cada grupo de dois municípios vizinhos, foram considerados aqueles que apresentavam Índice de Desenvolvimento Humano – IDH próximo ao do município

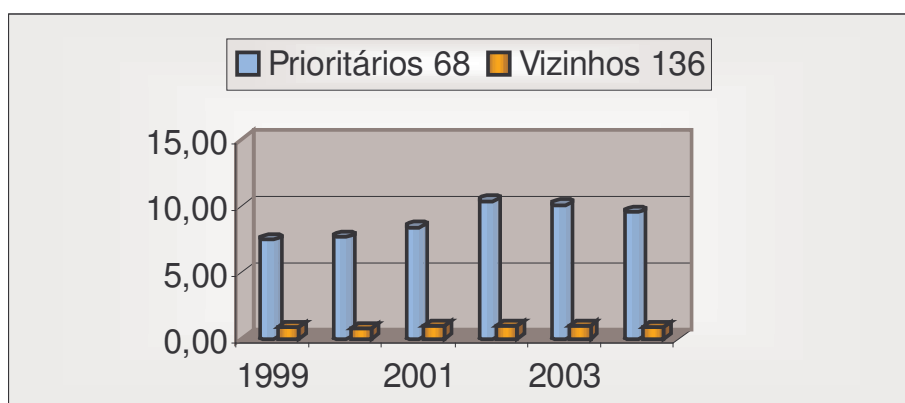


prioritário, com o fito de evitar possível contaminação da amostra decorrente das desigualdades existentes entre as localidades observadas.

6.35. Sendo assim, a análise comparativa recaiu sobre o confronto de dados oriundos dos municípios prioritários e do grupo de cada dois municípios a eles correlacionados, segundo os critérios acima apontados.

6.36. A título de introdução, comparou-se a taxa média de detecção por local de residência, calculada para os dois grupos, sendo os resultados apresentados no gráfico 20.

Gráfico 20 – Taxa média de detecção por local de residência de 68 municípios prioritários e de 136 vizinhos não-prioritários. Período: 1999 a 2004



Fonte: Sistema de Informações de Agravos de Notificação – Sinan/MS.

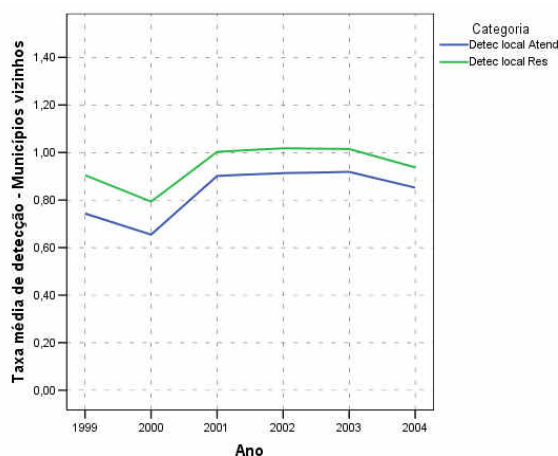
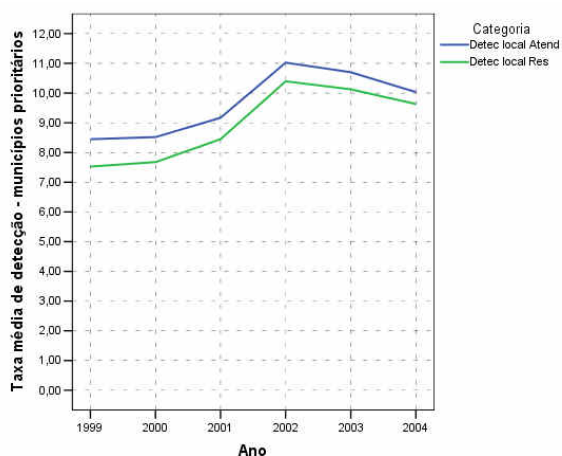
6.37. Nos municípios prioritários, observa-se que a magnitude da doença corresponde a cerca de 10 vezes a dos vizinhos não-prioritários, constituindo, assim, áreas mais endêmicas de hanseníase.

6.38. Os municípios vizinhos possuem taxa menor do que a média no Brasil, que se encontra em torno de 2,76, conquanto não seja menos importante conhecer o seu desempenho nas atividades de detecção, já que constituem áreas muito próximas daquelas consideradas de maior risco e são responsáveis por uma média de 1.300 casos novos por ano.

6.39. Nas análises subseqüentes, comparou-se a taxa de detecção por local de atendimento e por local de residência dos municípios prioritários e dos vizinhos não prioritários, desde 1999 até 2004. Os gráficos 21 e 22 apresentam os resultados obtidos.

Gráfico 21 - Taxa média de detecção por local de atendimento e de residência – municípios prioritários. Período: 1999 a 2004

Gráfico 22 - Taxa média de detecção por local de atendimento e de residência – municípios vizinhos. Período: 1999 a 2004



Fonte: Sistema de Informações de Agravos de Notificação – Sinan/MS.

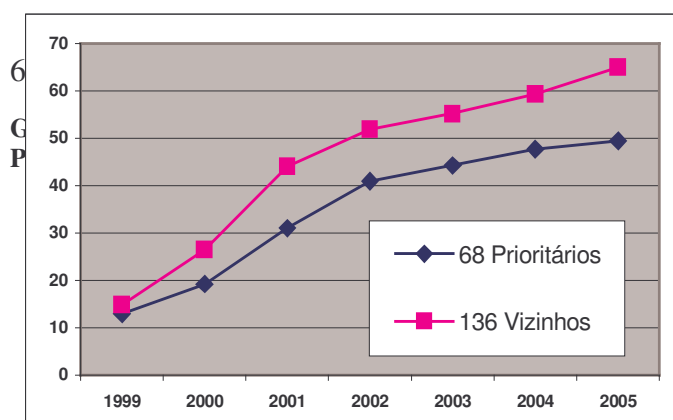
6.40. Nos municípios prioritários, a taxa de detecção por local de atendimento é maior do que a calculada por local de residência, indicando que esses municípios também realizam diagnósticos e notificam casos de pacientes procedentes de outras localidades (gráfico 21).

6.41. Com relação aos municípios vizinhos (gráfico 22), percebe-se situação oposta: parte dos seus moradores receberam atendimento para diagnóstico de hanseníase em outros municípios, sendo provável a existência de deslocamentos para os prioritários limítrofes, não só em razão da proximidade, mas também porque estes recebem maior atenção do poder público (recursos financeiros, capacitações, ações educativas, campanhas, supervisões) e, portanto, tendem a oferecer maior facilidade diagnóstica.

6.42. Em consonância com a análise, a pesquisa com coordenadores do PNEH dos estados e de municípios prioritários indicou que cerca de 63% e 40% dos respondentes respectivamente referem sobrecarga no atendimento, em razão do deslocamento de pacientes de municípios vizinhos.

calculou-se a cobertura média do PSF nesses dois grupos de municípios.

As médias vêm sendo maiores nos municípios vizinhos, ao contrário do que se esperava, tendo em vista que o desenvolvimento de ações de controle e eliminação da hanseníase por parte das unidades básicas, especialmente as do PSF/PACS, deveria ser maior nos prioritários, sendo a cobertura do Programa um forte indício de sua ocorrência (gráfico 23).



Em caráter complementar e com o objetivo de verificar o comprometimento de populações mais jovens – fator indicativo



Fonte: Banco de dados do DAB/MS.

do nível de transmissão da doença – calculou-se a proporção de casos novos detectados em menores de 15 anos, para os dois grupos de municípios, mediante a seguinte fórmula de cálculo: (casos novos detectados em menores de 15 anos / total de casos novos detectados) x 100; em seguida os dados foram consolidados na tabela 8.

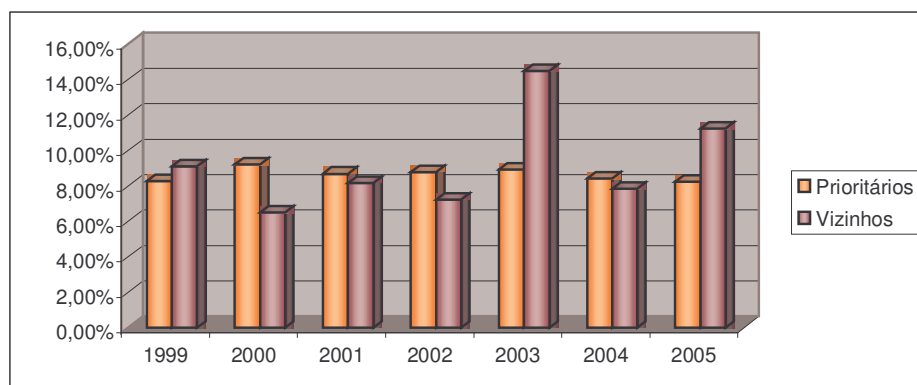
Tabela 8 – Proporção de casos novos detectados em menores de 15 anos em municípios prioritários e vizinhos não-prioritários. Período: 1999 a 2005

Tipo de Município	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Prioritário	8,29%	9,20%	8,69%	8,79%	8,93%	8,41%	8,25%
Vizinho	9,12%	6,50%	8,18%	7,22%	14,48%	7,84%	11,23%

Fonte: Sistema de Informações de Agravos de Notificação – Sinan/MS. Atualizado até junho/2005.

6.44. De acordo com a tabela 8 e o gráfico 24, os percentuais dos municípios vizinhos superaram os dos prioritários nos anos de 2003 e 2005, contrariando o esperado, uma vez que são áreas de menor endemicidade para a hanseníase.

Gráfico 24 – Proporção de casos novos detectados em menores de 15 anos em municípios prioritários e vizinhos não-prioritários. Período: 1999 a 2005



Fonte: Sistema de Informações de Agravos de Notificação – Sinan/MS.
Atualizado até junho/2005.



6.45. Ainda não há de se falar em tendências, conquanto seja oportuno um alerta para que não se descuide das áreas não priorizadas, que podem estar evoluindo com um volume significativo de casos ocultos, ou seja, ainda não diagnosticados.

6.46. A título de exemplo, convém citar Anajatuba/MA, município não prioritário com população de 22.800 habitantes e vizinho de Itapecuru Mirim/MA e Miranda do Norte/MA, ambos prioritários, cujos dados históricos sobre detecção encontram-se na tabela 9.

Tabela 9 – Casos novos detectados em três municípios do Maranhão. Período : 1999 a 2004

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Total
Anajatuba	5	12	5	9	8	5	44
Itapecuru Mirim	132	85	74	111	145	111	658
Miranda do Norte	40	31	22	39	71	50	253

Fonte: Sistema de Informações de Agravos de Notificação – Sinan/MS.

6.47. Por meio de campanha de detecção (mutirão) o município de Anajatuba detectou 50 casos de hanseníase somente em outubro de 2005, número superior à soma dos últimos seis anos (44) e suficiente para atingir uma taxa de detecção de 22,7/10.000, na hipótese de não haver mais diagnósticos em 2005.

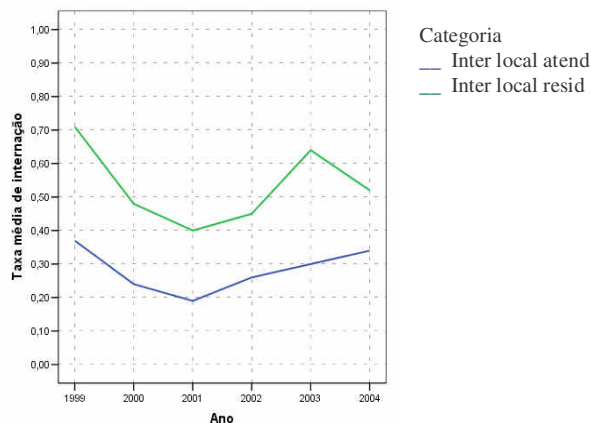
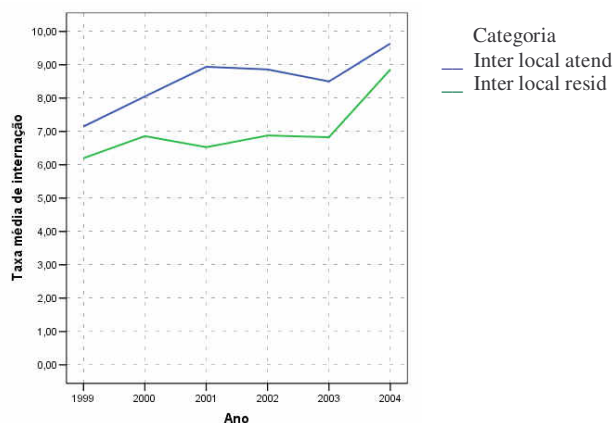
6.48. As análises realizadas, tendo como ponto de partida a taxa de detecção, foram repetidas, desta vez utilizando a taxa de internação hospitalar, com a ressalva de que foram excluídos 26 municípios vizinhos e um município prioritário que não possuíam hospitais até o exercício de 2003.

6.49. Verificou-se que as taxas de internação por local de atendimento dos municípios prioritários vêm sendo muito superiores às dos vizinhos não prioritários.

6.50. As taxas de internação por local de atendimento e por local de residência dos municípios prioritários e dos vizinhos não prioritários, desde 1999 até 2004, podem ser comparadas por meio dos gráficos 25 e 26.

Gráfico 25 – Taxa de internação por local de atendimento e de residência – municípios prioritários. Período: 1999 a 2004

Gráfico 26 – Taxa de internação por local de atendimento e de residência – municípios vizinhos. Período: 1999 a 2004



Fonte: Sistema de Informações de Agravos de Notificação – Sinan/MS.

6.51. Nos municípios prioritários, a taxa de internação por local de atendimento é maior do que a calculada por local de residência, indicando que esses municípios também realizam internações de pacientes procedentes de outras localidades (gráfico 25).

6.52. Já nos municípios vizinhos (gráfico 26), ocorre o inverso: cerca de metade dos doentes aí residentes vêm sendo internados em outros municípios, sendo provável a ocorrência de deslocamentos para os prioritários limítrofes com esse fim.

6.53. Confrontando com a análise anterior, pode-se perceber que os deslocamentos têm sido mais significativos no caso de internações do que no de detecções, numa proporção de 50% para 10%, o que permite supor melhores condições de estruturação dos serviços de média e alta complexidade nos municípios prioritários. Quanto às detecções, os deslocamentos são menores, possivelmente porque os diagnósticos e as notificações podem ser feitos na atenção básica, ou seja, em serviços de menor complexidade.

6.54. É certo que a priorização vem contemplando os municípios com maior morbidade e magnitude da doença, contudo, por se efetivar de forma pulverizada e com intervenções pontuais, pode estimular os municípios contemplados à permanência de sua situação atual como garantia de maior atenção do Poder Público.

6.55. Para que se dê sustentabilidade às ações de eliminação da hanseníase, promovendo-se a redução dos deslocamentos observados e a identificação mais freqüente de casos ocultos, dentre outras melhorias, será necessária a adoção de critérios complementares ao de priorização atual.

6.56. Assim sendo, propõe-se recomendar à SVS que 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 11.107, de 6 de abril de 2005.



6.57. Por fim, devem ser destacados os possíveis benefícios advindos da organização em consórcios: a) maior agilidade no processo de informação e tomada de conhecimento, além de conferir maior efetividade na participação desses municípios, em face da designação de representantes para participar das reuniões de avaliação do PNEH; b) melhores condições logísticas para retirada de medicamentos (PQT) na SES (capital) de estados que ainda não descentralizaram a sua distribuição; c) melhores condições para a promoção de ações de prevenção e reabilitação de incapacidades, especialmente aquelas que necessitam de um centro de referência para a sua execução; d) indução de maior comprometimento e co-responsabilidade entre os participantes; e) realização de campanhas de detecção mais impactantes e sistemáticas.

Conclusões sobre a questão

6.58. Neste capítulo, expõem-se indícios de que tanto a taxa de prevalência como os demais indicadores ainda não refletem com precisão o nível de morbidade (quantidade de doentes) e a magnitude da doença (risco de transmissão) no País.

6.59. A comparação entre municípios prioritários e seus limítrofes não prioritários, com base em indicadores, aponta para uma provável migração de pacientes atingidos pela hanseníase do segundo grupo de municípios para o primeiro à procura de diagnóstico, tratamento e internação hospitalar.

6.60. Espera-se, com a implementação das recomendações, ora propostas, contribuir para a obtenção de indicadores plenamente confiáveis que propiciem melhor planejamento e definição das ações. Da mesma forma, aguarda-se maior sustentabilidade das ações de controle e eliminação da hanseníase, a fim de que se promova a redução dos deslocamentos motivados pela procura por atendimento e se intensifique o diagnóstico dos casos ocultos, em especial nos municípios limítrofes não prioritários.

7. Indicadores de desempenho

7.1. Nos dois primeiros subtítulos, os estudos estão focados nos sistemas de informação que fornecem os elementos de análise para os gestores das três esferas de governo e os dados necessários à construção dos indicadores de desempenho, levantando-se deficiências de operacionalização e de integração, assim como analisando-se a inter-relação de variáveis do Sinan, SIA e SIAB.

7.2. No terceiro subtítulo, desenvolve-se análise dos indicadores de desempenho pactuados na Atenção Básica e na PPI-VS, com o objetivo de avaliar a sua adequação para medir o desempenho de atividades operacionais e o nível de transmissibilidade da doença.



Operacionalização e integração dos sistemas de informação

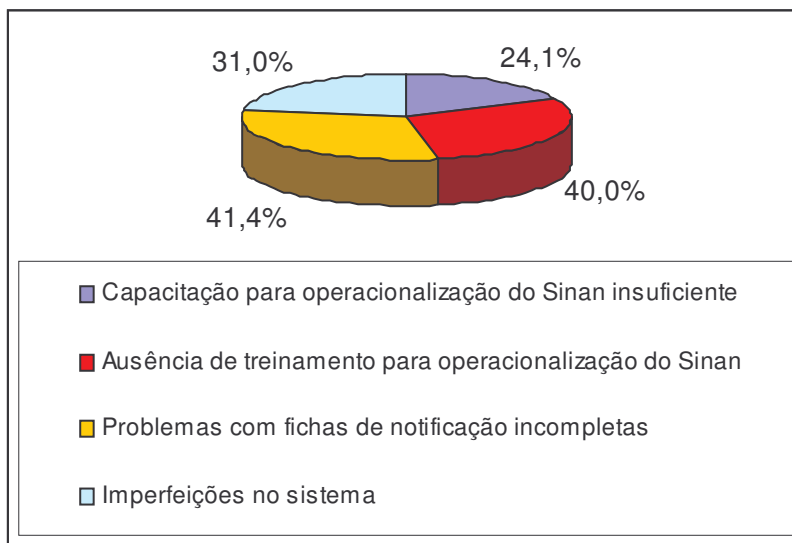
7.3. Foram identificadas deficiências relativas à operacionalização do Sinan e à integração dos sistemas de informação mantidos pelo Ministério da Saúde, que são o principal mecanismo de registro e de acompanhamento das ações voltadas para o controle da endemia.

7.4. Observaram-se incompatibilidades e imprecisões nos relatórios gerados a partir do Sinan pelos níveis municipais, estaduais e federal, algumas já comentadas no subtítulo “Indicadores e o nível de endemicidade da doença”, bem como incompatibilidades entre os relatórios consolidados pelos estados e os registros do Sinan (Sistema de Informações de Agravos de Notificação), SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica), SIA (Sistema de Informações Ambulatoriais) e SIH (Sistema de Informações Hospitalares).

7.5. O Sinan, gerenciado por uma coordenação própria junto à Secretaria de Vigilância em Saúde do MS, possui um módulo específico destinado ao registro de casos novos e de acompanhamento da hanseníase, dentre outros módulos destinados a agravos como tuberculose, tétano, leishmaniose e outras 36 doenças e agravos – Portaria SVS/MS nº. 33, de 14 de julho de 2005. Tem a inconveniência de não receber, tempestivamente, as alterações necessárias do módulo de hanseníase.

7.6. Com base nas entrevistas realizadas e nos questionários respondidos pelas coordenações municipais de hanseníase, foram obtidas informações sobre as principais deficiências referentes à operacionalização do Sinan, apresentadas de forma resumida no gráfico 27.

Gráfico 27 – Deficiências relativas à operacionalização do Sinan



Fonte: Pesquisa com coordenadores municipais do PNEH. Novembro/2005.

7.7. Essas deficiências, associadas a outras detectadas durante a auditoria, permitem consignar as seguintes situações que dificultam ainda mais a operacionalização do Sinan:

- a) a módulo de hanseníase do Sinan carece de maior atualização;
- b) a necessidade de utilização de aplicativos para obtenção de relatórios do Sinan prejudica a validação e o refinamento das informações nos níveis local e estadual, uma vez que existem sérias carências de recursos humanos e materiais para viabilizar o uso desses aplicativos;
- c) o Sinan não está disponível para a alimentação em rede, via Internet, o que ocasiona perda de dados e incompatibilidades entre as informações geradas pelos níveis municipais e estaduais.

7.8. Com relação à integração dos sistemas, os coordenadores da hanseníase das três esferas de governo vêm utilizando de forma muito incipiente os dados de outros sistemas do Datasus (SIAB, SIA, SIH); além disso, raramente procedem ao cruzamento de informações operacionais e ao levantamento de inconsistências e incompatibilidades com base na integração entre tais sistemas e o Sinan.

7.9. Assim, em virtude dos problemas detectados, elaborou-se estudo centrado na pesquisa de incompatibilidades entre os dados extraídos do Sinan e os do SIA e SIAB, o qual se encontra pormenorizado no subtítulo seguinte.

7.10. Todos os fatores citados comprometem, em última instância, a confiabilidade das informações consolidadas pelos níveis estaduais e federal, em prejuízo da definição mais precisa das estratégias de atuação. Há também perda de informações na transferência de dados entre os diversos níveis de governo, conforme já visto anteriormente.

7.11. Justifica-se, assim, recomendar à SVS que 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.

7.12. Pretende-se assim obter informações consistentes e eliminar o retrabalho no processo de alimentação do Sinan, otimizando-se a sua operacionalização.

Inter-relação de variáveis do Sinan, SIA e SIAB

7.13. Verificaram-se incompatibilidades entre os dados extraídos do Sinan e os obtidos com base nos Sistemas de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS e da Atenção Básica – SIAB, indicando possíveis distorções a serem corrigidas ou minimizadas.

7.14. Centrou-se a análise em variáveis inter-relacionáveis pertencentes a esses sistemas, cuja destinação principal consiste na agregação de informações epidemiológicas, de assistência à saúde e de morbidade relacionadas às diversas doenças, sendo hanseníase a de maior interesse para o presente estudo.

7.15. O Sinan, instrumento de coleta de dados das doenças e agravos de notificação compulsória (Portaria SVS/MS nº. 33, de 14 de julho de 2005), é gerido pela Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS em conjunto com as secretarias estaduais e municipais de saúde, que fazem, respectivamente, a consolidação quinzenal e semanal. O SIAB comporta dados e informações gerados na atenção básica, a partir do trabalho das equipes do PSF/PACS, mensalmente consolidados pelos estados e municípios. O SIA permite o acesso a dados sobre a produção ambulatorial (consultas, procedimentos, exames), gerados a partir das informações enviadas pelos estados e municípios, no prazo de três meses.

7.16. As bases de dados municipais, estaduais e nacional, relativas aos três sistemas, são regularmente recebidas pelo Departamento de Informação e Informática do SUS – Datasus, que as disponibiliza em seu sítio [-http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php](http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php). Planilhas adicionais com dados relativos a variáveis do SIAB foram obtidas por solicitação ao Departamento de Atenção Básica – DAB, enquanto que, para variáveis do Sinan, recorreu-se a técnicos do PNEH, Conasems e do Sinan.

7.17. Em decorrência dos diversos cruzamentos realizados, serão apontadas a seguir as incompatibilidades mais expressivas e que necessitarão, provavelmente, de análise e verificação mais apuradas, em relação às causas determinantes e às possibilidades de correção.

Deteção (Sinan) e Dose supervisionada (SIA)

7.18. As variáveis de detecção por local de atendimento (Sinan) e dose supervisionada de medicamentos poliquimioterápicos – PQT/OMS (SIA) foram comparadas, entendendo-se por local de atendimento aquele (município, regional ou macrorregional de saúde, estado, região) onde a unidade está estabelecida.

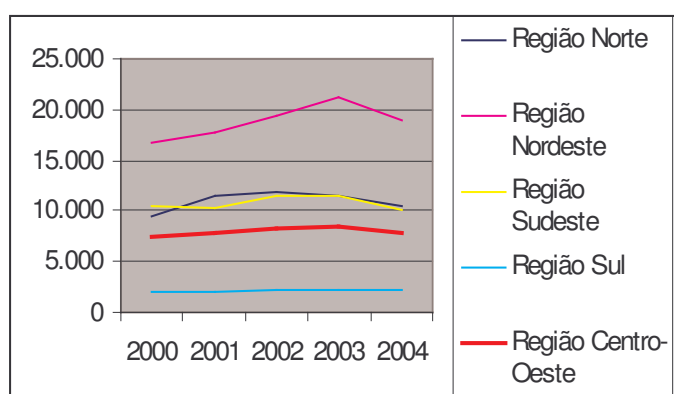
7.19. Espera-se, a grosso modo, que um aumento no número de casos novos diagnosticados (detecção) seja acompanhado de um aumento em proporção maior na quantidade



das referidas doses, uma vez que cada paciente em tratamento deve comparecer à unidade de saúde para o recebimento da dose supervisionada durante seis ou doze meses, conforme seja pauci ou multibacilar.

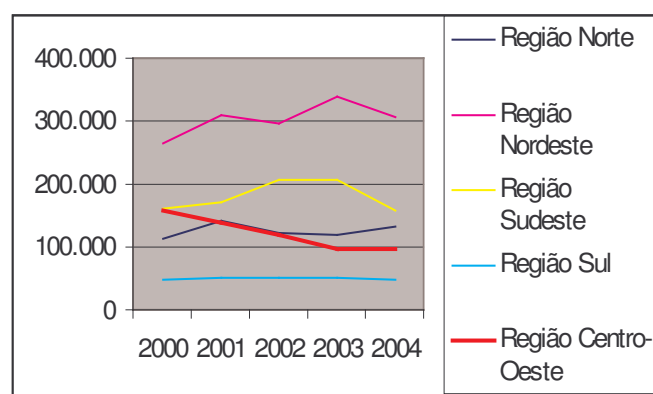
7.20. Os gráficos 28 e 29, que ilustram a evolução das variáveis de 2000 a 2004, mostram tendências evolutivas semelhantes em quase todas as Regiões do Brasil.

**Gráfico 28 – Detecção por local de atendimento
Regiões do Brasil. Período: 2000 a 2004**



Fonte: Sistema de Informações de Agravos de Notificação - Sinan/MS.

**Gráfico 29 – Dose supervisionada de PQT. Regiões do
Brasil. Período: 2000 a 2004**



Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA/SUS/MS.

7.21. A Região Centro-Oeste obedece a um padrão oposto ao esperado, pois enquanto as detecções aumentam, as administrações supervisionadas de PQT decrescem ao longo do período em análise (tabela 10 e gráfico 30).

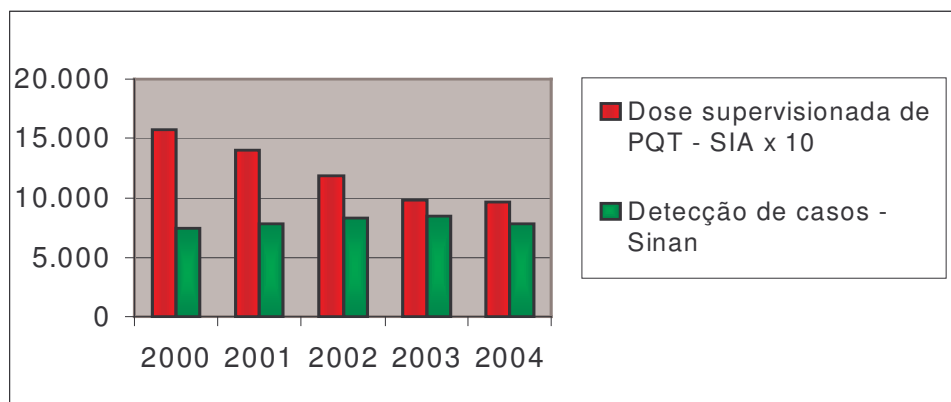
**Tabela 10 – Detecção por local de atendimento e dose supervisionada de PQT.
Região Centro-Oeste. Período: 2000 a 2004**

	2000	2001	2002	2003	2004
Dose supervisionada de PQT	157.320	140.070	118.220	98.280	96.090
Detecção de casos	7.412	7.798	8.301	8.456	7.804

Fontes: Sistema de Informações de Agravos de Notificação – Sinan/MS e
Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS – SIA/SUS/MS.



Gráfico 30 – Detecção por local de atendimento e dose supervisionada de PQT.
Região Centro-Oeste. Período: 2000 a 2004



Fontes: Sistema de Informações de Agravos de Notificação – Sinan/MS e Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS – SIA/SUS/MS.

7.22. Observa-se uma aparente contradição entre os valores atribuídos às duas variáveis em análise, não sendo possível descartar falhas no registro ou diferenças de critérios de aplicação das doses, dentre outras causas possíveis.

Consulta médica (SIA) e Detecção de casos (Sinan)

7.23. A comparação entre as variáveis consulta médica de hanseníase por local de atendimento (SIA – código 0201210) e detecção de casos novos por local de atendimento (Sinan) deveria mostrar uma correlação positiva entre elas.

7.24. O aumento das detecções mormente se faz acompanhar do aumento das consultas médicas. No entanto, a verificação de dados relativos aos 206 municípios prioritários, considerados os de maior endemicidade do País, mostra que 15 deles não registraram sequer uma consulta (SIA) no período de 1999 a fevereiro de 2005, de acordo com a tabela 11, apesar de apresentarem 5.303 casos novos detectados e notificados nessas localidades no mesmo período (Sinan).

Tabela 11 – Consulta médica, detecção de casos e internação por hanseníase em 15



municípios prioritários. Período: 1999 a fevereiro de 2005

Município/ UF	Consulta médica – hanseníase – SIA	Deteção de casos por local – atendimento – Sinan	Deteção de casos por local – residência – Sinan	Internação por local – atendimento – SIH
Buritis/ RO	0	372	490	0
Arame/ MA	0	371	322	0
Buriticupu /MA	0	627	586	1
Caucaia /CE	0	859	478	1
Crato/ CE	0	182	645	15
Araripina/ PE	0	256	265	1
Camaragibe/PE	0	244	606	0
Betim/ MG	0	266	234	81
Campestre/ MG	0	87	85	0
São Mateus/ ES	0	355	344	8
Cabo Frio/ RJ	0	187	202	0
Itu/ SP	0	129	126	279
Sorocaba/ SP	0	307	302	6
Londrina/ PR	0	578	457	59
S. Miguel do Araguaia/ GO	0	483	492	6
Total	0	5303	5634	457

Fontes: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS – SIA/SUS/MS; Sistema de Informações de Agravos de Notificação – Sinan/MS e Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS/MS. Atualizado até fevereiro de 2005.

7.25. Considerando que o diagnóstico da hanseníase é predominantemente clínico e, portanto, deveria ocorrer por meio de consultas realizadas por médicos, seria esperado que houvesse o registro delas em quantidade significativa no SIA, fato que não vem ocorrendo.

7.26. Note-se que a detecção de casos por local de residência (5.634) indica a predominância de pacientes estabelecidos nessas localidades, reduzindo a possibilidade de importação significativa de casos de outros municípios com vistas apenas ao diagnóstico da doença e que, num segundo momento, retornariam a sua origem para consultas durante a fase de tratamento e acompanhamento.

7.27. Outro indicativo da incorreção nos registros de consultas são os números relativos às internações por hanseníase, totalizando 457, distribuídas por 10 dos 15 municípios da análise, já que estas últimas demandam níveis de maior complexidade no atendimento. A tabela 11 ainda permite observar que o município de Itu/SP tem elevados índices de detecção e internação, mas não registra consultas por hanseníase no período, o que se mostra pouco provável, haja vista a existência de um antigo hospital colônia – Hospital Francisco Ribeiro Arantes que presta atendimento na localidade.

7.28. A discussão acerca dessas constatações não teria importância, caso não se tratasse de municípios endêmicos para a hanseníase, e portanto, habituados ao diagnóstico e à existência de portadores. Seria, assim, coerente acreditar que as consultas por hanseníase existiram de fato e foram alocadas aos códigos de outras consultas, como as de clínica médica (0201204), dermatologia (0701212) e neurologia (0701224), todas pertencentes à relação atual de 2.456 procedimentos SIA.



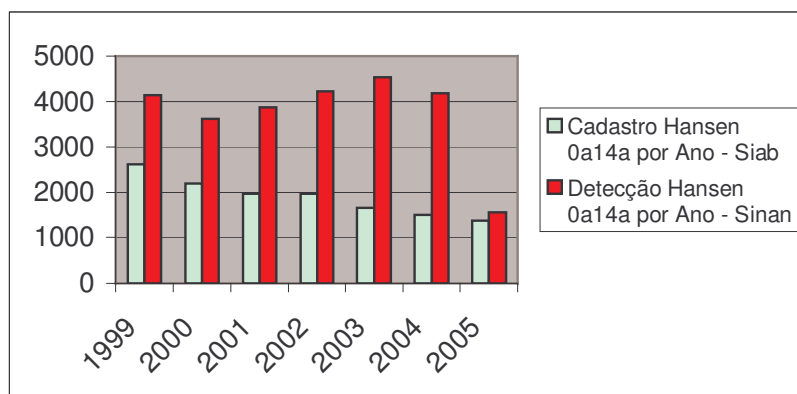
Hanseníase de 0 a 14 anos (SIAB) e Detecção em menores de 15 anos (Sinan)

7.29. As variáveis hanseníase de 0 a 14 anos (SIAB) e detecção em menores de 15 anos por local residência (Sinan) foram comparadas, partindo-se do pressuposto de que devem ser correlacionáveis.

7.30. Os quantitativos da variável SIAB devem ser inferiores aos do Sinan, o que se justifica pelo fato do Sinan comportar notificações de casos novos diagnosticados, tanto na atenção básica (USF, postos e centros de saúde) como na alta e média complexidades, de residentes em todo o município, enquanto no SIAB são cadastrados, pelos profissionais da atenção básica, os pacientes portadores de hanseníase de 0 a 14 anos (casos novos diagnosticados e/ou em tratamento) residentes, em regra, na área adscrita à USF (PSF/PACS).

7.31. Sabendo-se de antemão que a cobertura populacional média do PSF no Brasil ainda não atingiu 50%, observa-se no gráfico 31 que, sistematicamente, o número de registros no SIAB, para o Brasil, vem correspondendo a percentuais que variam entre 40 e 65% do total registrado no Sinan, ano a ano, desde 1999.

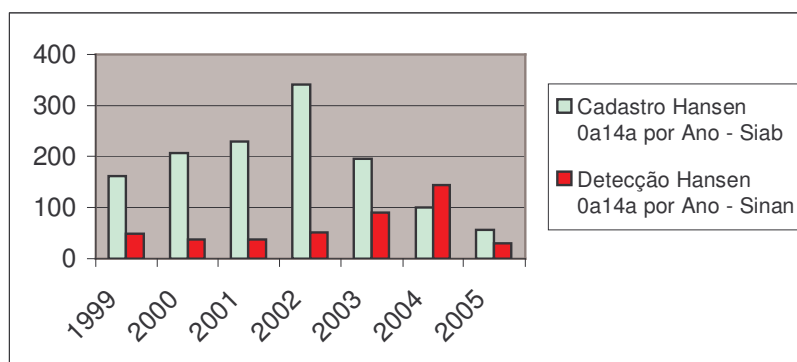
Gráfico 31 – Cadastramento e detecção de hanseníase em menores de 15 anos no Brasil. Período 1999 a 2005.



Fontes: Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB/MS e Sistema de Informações de Agravos de Notificação – Sinan/MS. Dados atualizados até julho de 2005.

7.32. Observa-se o mesmo em todas as Regiões do Brasil, exceto a Sul, detentora dos menores coeficientes de prevalência e detecção da doença, que apresenta uma relação inversa, com destaque para os anos de 2001 e 2002, em que o número de registros no SIAB chega a ser quase sete vezes maior do que o encontrado no Sinan, conforme ilustra o gráfico 32.

Gráfico 32 – Cadastramento e detecção de hanseníase em menores de 15 anos na Região Sul. Período 1999 a 2005



Fontes: Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB/MS e Sistema de Informações de Agravos de Notificação – Sinan/MS. Dados atualizados até julho de 2005.

7.33. Em complemento, verificou-se que, nos estados de Santa Catarina e Rio Grande do Sul, a referida inversão é mais acentuada e de ocorrência sistemática ao longo do período analisado.

7.34. Técnicos do DAB/MS consultados acreditam que haja duplicidades nos cadastramentos anuais realizados pelos Agentes Comunitários de Saúde (contabilização de casos antigos como se fossem novos). Por outro lado, não se poderia, em princípio, descartar a ocorrência de subnotificação de casos no Sinan.

Cobertura populacional do PSF (SIAB e DAB)

7.35. A comparação entre duas modalidades de cálculo, uma por estimativa e outra com base no cadastro de pessoas, para uma mesma variável, a cobertura populacional do PSF, mostrou diferenças expressivas.

7.36. Foram comparados percentuais obtidos do SIAB, por meio do Datasus, com os extraídos das planilhas fornecidas pelo Departamento de Atenção Básica – DAB.

7.37. O cálculo com base no cadastro do SIAB está previsto no Anexo II da Portaria GM/MS nº 21, de 5 de janeiro de 2005, que define a seguinte fórmula de cálculo simplificada: (população cadastrada no PSF no último mês disponível do ano/ população do ano) x 100.

7.38. O cálculo da cobertura por estimativa é realizado pelo DAB, segundo fórmula de cálculo estabelecida na Portaria GM/MS nº. 675, de 3 de junho de 2003: (número de ESF x 3.450 / população) x 100, sendo 3.450, o número médio de pessoas cobertas por ESF.

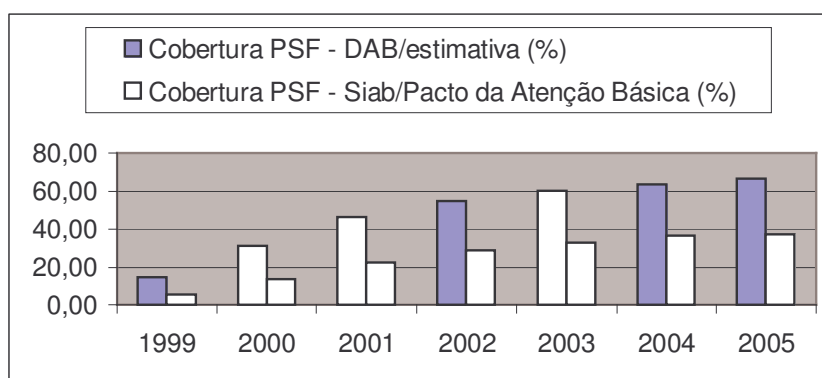
7.39. A cobertura com base no cadastro (SIAB) é a que melhor retrata a realidade, sendo utilizada para fins de operacionalização das ações, avaliação da estratégia do PSF e pactuação de metas, além de outras aplicações.



7.40. A modalidade por estimativa (DAB) encontra aplicação, dentre outras, no cálculo do incentivo financeiro da parte variável do Piso de Atenção Básica (municípios com cobertura do PSF de pelo menos 50 ou 70%, dependendo da população residente, recebem o teto) e em alguns estudos estatísticos, como o do comportamento de indicadores de saúde segundo estratos de cobertura do PSF, apresentado na V Expoepi – Mostra Nacional de Experiências Bem Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças, ocorrida em Brasília no período de 4 a 6 de dezembro de 2005.

7.41. O gráfico 33 apresenta os percentuais de cobertura populacional do PSF no Brasil no período 1999 a 2005, segundo as duas modalidades de cálculo. Os valores apontam diferenças significativas em todos os anos, sendo sistematicamente maiores os valores calculados por estimativa.

Gráfico 33 – Cobertura populacional do PSF, com base no SIAB e no DAB, no Brasil. Período: 1999 a 2005



Fontes: Departamento de Atenção Básica – DAB/MS e Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB/MS. Dados atualizados até 05/2005.

7.42. A cobertura do PSF nas regiões do Brasil ao final de 2004, segundo os dois critérios, está ilustrada na tabela 12, que revela as significativas diferenças percentuais em favor do cálculo por estimativa (DAB).

Tabela 12 – Cobertura populacional do PSF com base no SIAB e no DAB em dezembro de 2004

Região	% SIAB	% DAB	Diferença a maior DAB
Centro-Oeste	39,97	75,57	89%
Nordeste	52,80	71,60	36%



Norte	30,66	51,42	68%
Sudeste	26,73	54,07	102%
Sul	35,95	65,19	81%
TOTAL	36,58	63,68	74%

Fontes: Departamento de Atenção Básica – DAB/MS e Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB/MS.

7.43. Mesmo considerando que o total de famílias cadastradas ainda não corresponda ao de famílias cobertas, em face do atraso na etapa de informatização do cadastramento, tudo indica haver uma superestimação no cálculo do DAB, capaz de conduzir a análises equivocadas e a distorções na alocação dos recursos.

Incapacidades Grau II e III (Sinan e SIAB)

7.44. Procedeu-se, por último, à comparação entre dois indicadores correlacionados ao grau de incapacidade, que foram construídos exclusivamente para esta análise, a partir de dados do Sinan e do SIAB, com a finalidade de verificar o esperado paralelismo entre eles.

7.45. O percentual de casos novos de incapacidade Grau II e III (Sinan) foi calculado por meio da seguinte fórmula: $(n^{\circ} \text{ de casos novos detectados com graus II ou III de incapacidade durante o ano} / n^{\circ} \text{ de casos novos detectados no ano}) \times 100$. Já o percentual de casos de hanseníase classificados com grau de incapacidade II e III (SIAB) foi assim definido: $(n^{\circ} \text{ de casos de hanseníase classificados com grau de incapacidade II e III durante o ano} / n^{\circ} \text{ de casos de hanseníase cadastrados no ano}) \times 100$.

7.46. Observe-se que o primeiro indicador compreende um universo maior, pois alcança todos os casos notificados da doença no País, já o segundo, somente as áreas cadastradas, que são as de abrangência do PSF/PACS. Assim, o primeiro identifica as incapacidades no momento do diagnóstico, enquanto o segundo, na população portadora da doença, seja o doente classificado na ocasião do diagnóstico ou em fase posterior, como na de tratamento.

7.47. A partir das planilhas com dados da época, fornecidas pela SVS/MS, verificou-se que o primeiro indicador (Sinan) vem se mantendo em torno de 5% nos últimos anos, com pequenas variações. Para aplicação nesta análise, esse percentual foi fixado ao longo do período estudado, a partir dos registros ano a ano, fornecidos pela SVS⁸.

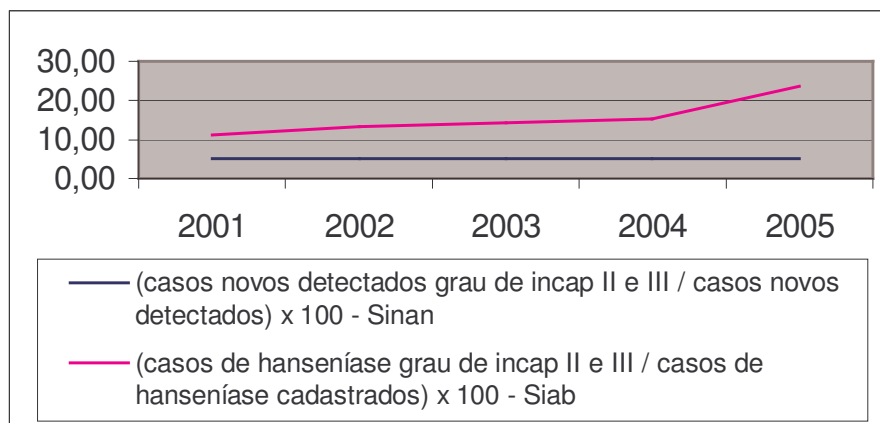
7.48. Quanto ao indicador de base SIAB, deve-se ressaltar que a superestimação decorrente de cadastramentos em duplicidade no SIAB e da não exclusão de casos antigos afeta tanto o numerador como o denominador, atenuando a distorção do valor final do indicador, já que este corresponde a uma razão.

7.49. O gráfico 34, que ilustra a evolução comparativa dos indicadores entre 2001 e 2005, permite observar que o percentual de incapacidades II e III (SIAB) mantém-se em níveis mais elevados durante todo o período, oscilando entre 11 e 23%, de forma a indicar possível incremento nos últimos anos.

⁸ Não foi utilizada a série histórica disponível no Sinan porque ela aponta valores menores, considerados aquém do esperado por especialistas e gestores durante discussão em oficina na V Expoepi.



Gráfico 34 – Percentual de casos de hanseníase com graus de incapacidade II e III no Brasil, com base no SIAB e no Sinan. Período: 2001 a 2005



Fontes: Departamento de Atenção Básica – DAB/MS e Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB/MS.

7.50. Além de divergir dos registros oficiais, esta possibilidade preocupa, pois as incapacidades estão correlacionadas ao diagnóstico tardio com mais frequência do que ao tratamento inadequado, uma vez que os medicamentos atualmente utilizados são eficazes e, em geral, disponíveis. Por outro lado, os baixos percentuais do indicador (Sinan), em torno de 5%, podem estar indicando que as incapacidades não vêm sendo diagnosticadas corretamente por ocasião da detecção dos casos novos.

7.51. Com base nas análises e incompatibilidades apontadas, propõe-se recomendar à SVS e às SES que utilizem de forma integrada as informações e dados do SIAB, SIA e SIH, a fim de obter diagnóstico operacional e epidemiológico mais amplo e preciso que subsidie o processo de planejamento, execução e controle das ações de eliminação da hanseníase.

7.52. O aproveitamento sistemático da base de dados permitirá o aprimoramento dos critérios que fundamentam os registros das informações, a mensuração de índices e a construção de indicadores. Igualmente, possibilitará a prevenção ou correção de inconsistências, como as decorrentes das repetições no cadastramento de beneficiários ou da existência de lacunas na alimentação dos sistemas, tal como ocorre em relação à variável “aplicação de vacina BCG⁹ em comunicantes de hanseníase ou tuberculose” (SIA) em 2004, resultando em 70% de registros a menos do que a média dos quatro anos anteriores no Brasil.

7.53. Por fim, convém esclarecer que não se pretendeu esgotar a análise das possíveis incompatibilidades, nem tampouco investigar as suas causas, contudo considera-se oportuno sugerir que se amplie o estudo das variáveis inter-relacionáveis de diferentes sistemas, com vistas a concluir sobre a viabilidade de auditoria operacional nos sistemas de informação da saúde, tomando como ponto de partida as conclusões deste estudo simplificado e levando em consideração a significativa importância dos indicadores de desempenho na elaboração das políticas públicas de saúde.

⁹ *Bacilo de Calmette e Guérin* (vacina contra a tuberculose).



Pactuação de metas na Atenção Básica e na PPI-VS

7.54. Os indicadores de desempenho pactuados na Atenção Básica e na PPI-VS mostram-se insuficientes para medir o desempenho de atividades operacionais e o nível de transmissibilidade da doença.

7.55. O Programa conta com indicadores de desempenho previstos no PPA, Pacto de Indicadores da Atenção Básica, PPI-VS, LEM e Guia da hanseníase do MS, os quais foram identificados e se encontram relacionados, juntamente com as suas fórmulas de cálculo, no apêndice B – Indicadores de desempenho adotados pelo Programa.

7.56. Os indicadores constantes do PPA 2004/2007 são a taxa de cura de hanseníase (operacional) e o coeficiente de prevalência de hanseníase (epidemiológico). Ressalte-se que a SVS/MS passou recentemente a adotar nova classificação para os indicadores, de maneira que o primeiro passou a ser considerado de “qualidade da atenção”, enquanto o segundo, de “morbidade e magnitude” da doença.

7.57. O primeiro indicador, também previsto no Pacto da Atenção Básica com a denominação de “proporção de cura”, traduz-se na relação percentual entre o número de casos de hanseníase curados e o total de casos diagnosticados, servindo para avaliar o controle da doença e a eficácia dos tratamentos.

7.58. O critério de cálculo do coeficiente de prevalência até a publicação da Portaria SVS/MS nº. 31, de 08/07/2005, incorporava, além do total de doentes em curso de tratamento no momento da análise (prevalência de ponto), os casos de abandono de tratamento e os de recebimento de medicamento além do tempo recomendado. Seguindo-se esse critério, a prevalência seria superior a cinco para o ano de 2004. Com a nova base de cálculo preconizada pela OMS e implementada pela citada Portaria, o número caiu para 1,72.

7.59. Vale ressaltar que, além desses indicadores, fazem parte do Pacto de Indicadores da Atenção Básica – Portaria MS nº. 21, de 05/01/2005 – outros três, cuja descrição se segue:

a) Proporção de abandono de tratamento da hanseníase: indicador operacional que reflete a não adesão ao tratamento e mede a capacidade dos serviços em assistir aos doentes, calculado pela relação percentual entre o número de casos de hanseníase em pacientes que não compareceram ao serviço durante o ano e o número de casos de hanseníase em registro ativo;

b) Taxa de detecção de casos novos de hanseníase: indicador epidemiológico que permite aferir o grau de incidência de casos novos, com vistas à avaliação do impacto das ações de controle de disseminação da doença, calculado pela divisão entre o número de casos novos de hanseníase notificados em determinado local e período e a população total no mesmo local e período, multiplicado por 10.000;

c) Proporção do grau de incapacidade I e II registradas no momento do diagnóstico: indicador epidemiológico que avalia a efetividade das atividades de detecção precoce. Quanto mais recente o diagnóstico e imediato o tratamento, menor será o indicador, porque as incapacidades decorrem de intervenções tardias. É calculado pela divisão entre o número de casos novos de incapacidade I e II registrados no momento do diagnóstico e o número



de casos novos avaliados em relação à incapacidade no momento do diagnóstico, multiplicado por 100.

7.60. A partir desses indicadores, calculados e analisados por estados e municípios, são pactuadas metas para melhoria no desempenho das ações e serviços de saúde da atenção básica. O Pacto se consubstancia em instrumento de articulação que disponibiliza à coordenação do PNEH a possibilidade formal de obtenção de indicadores estratégicos dos níveis estaduais e municipais, sem os quais seria dificultado o acesso à avaliação do desempenho das ações levadas a efeito pelos entes federados.

7.61. Ressalte-se que as formas de cálculo apresentam algumas imprecisões ou impropriedades que vêm sendo corrigidas por meio de notas técnicas elaboradas pela SVS/MS, a fim de equalizar o processo. Na proporção de abandono de tratamento, deve-se observar o tempo mínimo de 12 meses de ausência à unidade de saúde para caracterizar o abandono; na proporção do grau de Incapacidade I e II, orienta-se somente o registro dos casos de incapacidade II, procedendo-se ao cálculo do indicador quando a proporção de casos avaliados quanto à incapacidade for superior a 75%.

7.62. Com relação à Programação Pactuada Integrada em Vigilância em Saúde – PPI/VS, adotou-se a taxa de cura de hanseníase, indicador já inserido no PPA 2004/2007 e no Pacto da Atenção Básica.

7.63. A PPI é um instrumento elaborado a partir de atividades e metas estabelecidas pela SVS/MS e que corresponde a um consolidado estadual anual, ou seja, contém o resultado da programação acordada entre municípios quanto à assistência, à vigilância sanitária e à epidemiologia e controle de doenças, no que diz respeito ao modelo de atenção à saúde. Objetiva, assim, a construção de parâmetros de acompanhamento para ações de vigilância em saúde.

7.64. Além dos indicadores já descritos, foram identificados os previstos no Monitoramento da Eliminação da Hanseníase – LEM (*Leprosy Elimination Monitoring*) e no Guia para o Controle da Hanseníase.

7.65. No contexto da parceria entre a OPAS/OMS e o Ministério da Saúde, foi proposta a execução do LEM para maior conhecimento acerca do progresso da eliminação da Hanseníase no Brasil. Trata-se de uma avaliação, com indicadores padronizados pela OMS, de forma a permitir o conhecimento do desempenho dos serviços de saúde, da qualidade da assistência oferecida, do acesso e da cobertura de poliquimioterapia (PQT) local, estadual, regional e nacional. Além dos indicadores constantes do Pacto, são sugeridos pelo LEM cerca de 23, vários deles dependentes de questionários, entrevistas, prontuários e visitas aos serviços.

7.66. Outro grupo de indicadores vem sendo proposto pelo Guia para o Controle da Hanseníase do MS (2002), num total de 12, entre epidemiológicos e operacionais, além de três que já constam do Pacto (Proporção de abandono de tratamento; Taxa de detecção de casos novos e Taxa de prevalência).

7.67. A coordenação do PNEH considera necessários os indicadores previstos no Pacto, e acresce à lista o Coeficiente de detecção em menores de 15 anos. Contudo, em razão da



relevância da informação produzida, os dois indicadores prioritariamente calculados e monitorados pela SVS/MS são as taxas de prevalência e de detecção.

7.68. De acordo com o exposto, observa-se que o Pacto e a PPI-VS têm em comum o estabelecimento de metas acordadas entre municípios e estados, embora os indicadores selecionados não estejam voltados exclusivamente para o controle de doenças, nem tampouco somente para a hanseníase.

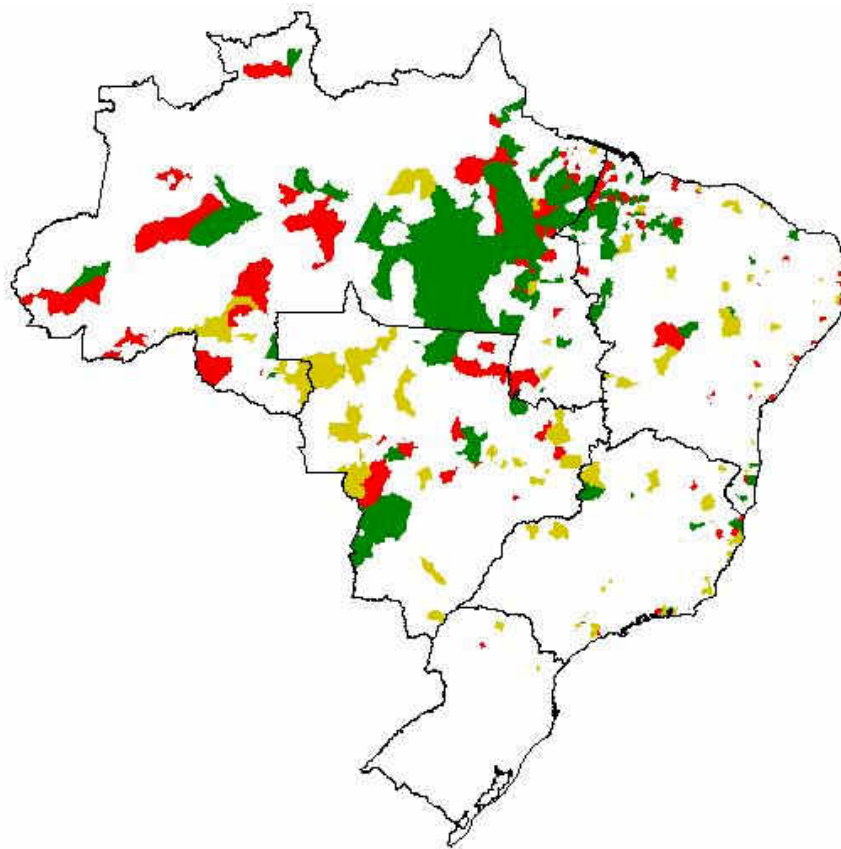
7.69. O compromisso assumido é que confere importância destacada a esses instrumentos, entretanto poderia haver melhor integração entre as duas pactuações, talvez, até mesmo, para evitar a duplicidade de indicadores, como vem ocorrendo com a proporção de cura, conquanto não se questione a sua importância do ponto de vista operacional e de monitoramento do controle e da eliminação da doença.

7.70. A taxa de detecção de casos novos diagnosticados, a taxa de prevalência e a proporção do grau de incapacidade I e II registrados no momento do diagnóstico (indicadores epidemiológicos) estão relacionadas à magnitude, à morbidade e ao diagnóstico da doença, enquanto as proporções de abandono e de cura (indicadores operacionais ou de qualidade da atenção) avaliam respectivamente a capacidade de assistir aos casos de hanseníase e a efetividade no tratamento de pacientes.

7.71. Tais instrumentos não são capazes de aferir, por exemplo, a extensão do combate aos focos da doença e a descentralização do diagnóstico e do tratamento. Também não foram incluídos, tanto na PPI-VS como no Pacto da Atenção Básica, indicadores que objetivam analisar a transmissibilidade dentro do grupo de pessoas que coabitaram com os pacientes nos últimos cinco anos (exame dos contatos), assim como o nível de transmissão da doença na população (proporção de menores de 15 anos entre os casos novos), conquanto estejam previstos no guia da hanseníase do MS e no LEM, respectivamente.

7.72. Com o propósito de justificar a validade de indicadores da transmissão da doença, procurou-se verificar a correspondência entre os municípios priorizados pelo MS e os de maior transmissão da doença, inserindo-se simultaneamente no mapa da figura 18 a distribuição dos 206 municípios prioritários, selecionados pela SVS/MS, a partir do número absoluto de casos em curso de tratamento ao final de 2003, e a distribuição dos 206 municípios com maior proporção média de casos em menores de 15 anos entre os casos novos detectados, indicador que, em tese, reflete o nível de transmissão da doença, sendo calculado para o período de 1999 a 2004.

Figura 18 – Distribuição dos 206 municípios prioritários e dos 206 com maior proporção de casos novos em menores de 15 anos. Brasil. Período: 1999 a 2004



	Prioritário não pertencente ao grupo com maior proporção de casos < 15 anos
	Prioritário pertencente ao grupo com maior proporção de casos < 15 anos
	Não prioritário pertencente ao grupo com maior proporção de casos < 15 anos

Fontes: Secretaria de Vigilância em Saúde/MS e Sistema de Informações de Agravos de Notificação – Sinan.

7.73. Registre-se que o segundo indicador foi mensurado especificamente para fins dessa análise, já que não consta do Pacto da Atenção Básica nem da PPI-VS, embora esteja previsto pela OMS, com a denominação de proporção de casos infantis entre os casos novos, e no LEM, como proporção de crianças entre os casos novos.

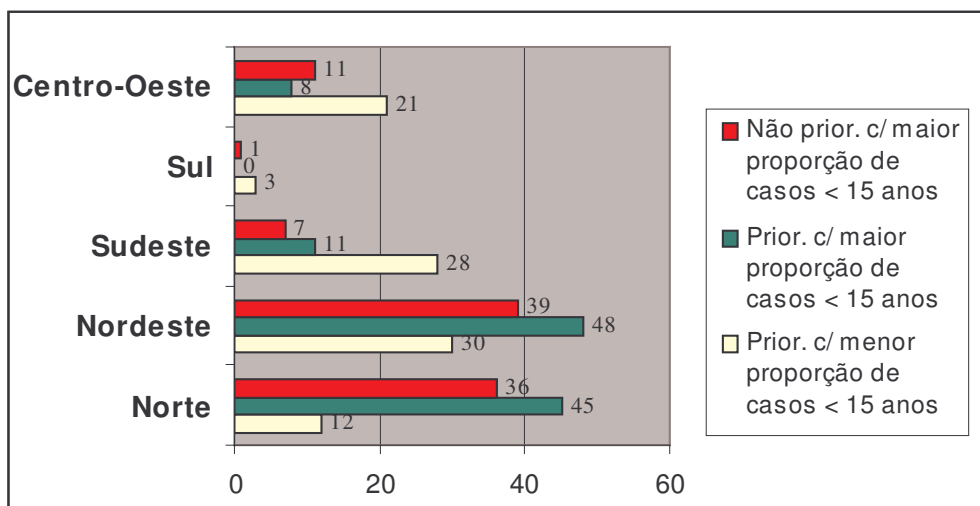
7.74. Ainda, para tentar minimizar as distorções decorrentes da utilização de relações percentuais onde a casuística seja reduzida, excluíram-se, previamente à seleção dos 206 municípios, todos os que contavam com menos de 100 casos novos no período, de forma que, ao final, consolidou-se um grupo responsável por cerca de 40% dos casos novos no Brasil.

7.75. A análise do mapa permite concluir que a intersecção – em verde – é maior nas regiões Norte e Nordeste, enquanto a relação se inverte nas regiões Centro-Oeste e Sudeste, onde há elevado índice – em amarelo – de municípios prioritários não pertencentes ao grupo com as maiores proporções de casos em menores de 15 anos.



7.76. Contando com ajuda do gráfico 35, constatou-se que, dos 206 municípios prioritários, 112 se encontram entre os que apresentam maiores proporções de casos novos em menores de 15 anos no período de 1999 a 2004, o que corresponde a 54,37% (em verde).

Gráfico 35 – Correspondência entre os 206 municípios prioritários e os 206 com maiores proporções de casos novos em menores de 15 anos. Brasil. Período: 1999-2004



Fontes: Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS/MS e Sistema de Informações de Agravos de Notificação – Sinan.

7.77. No entanto, observou-se que 94 municípios não prioritários estão entre os 206 com maiores proporções de casos em menores de 15 anos, indicando que, embora não priorizados, fazem por merecer uma atenção maior no processo de interrupção da cadeia de transmissão da doença, conquanto aqui se faça uma ressalva quanto à utilização isolada do indicador, que não deve constituir parâmetro decisório único.

7.78. Diante dos argumentos expostos, entende-se que a pactuação formalizada dos indicadores (PPI e Pacto da Atenção Básica) implica deficiências de avaliação, visto que os gerentes ficam desprovidos de informações relevantes, indispensáveis para uma abordagem mais completa do desempenho das ações desenvolvidas diretamente pelo sistema de saúde e do nível de transmissão da hanseníase.

7.79. Assim, pretende-se recomendar à SVS/MS que inclua, entre os indicadores pactuados na Atenção Básica ou na PPI-VS, o cálculo dos indicadores propostos na tabela 13.

Tabela 13 – Indicadores de desempenho propostos para pactuação

Indicador	Fórmula de cálculo
1. <i>Proporção de examinados entre os contatos intradomiciliares de casos novos</i>	(Número de contatos intradomiciliares de casos novos diagnosticados no ano, que foram examinados / Número total



<i>diagnosticados no ano</i>	de contatos intradomiciliares de casos novos diagnosticados no ano) X 100
2. <i>Proporção de unidades de saúde da rede básica que realizam diagnóstico e tratamento da hanseníase.</i>	(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
3. <i>Proporção de menores de 15 anos entre os casos novos</i>	(Número de casos novos em menores de 15 anos / Número de casos novos que tiveram a idade anotada) X 100

Fontes: Guia da hanseníase do MS e *Leprosy Elimination Monitoring* – LEM.

7.80. Os indicadores propostos, assim como os pactuados na PPI-VS e na Atenção Básica, encontram-se classificados no apêndice C – Matriz de indicadores, segundo as dimensões de eficácia, efetividade e equidade.

7.81. O primeiro indicador proposto destina-se à avaliação das atividades de vigilância de contatos e do nível de integração com a atenção básica, haja vista a participação dos profissionais, em especial, do PSF/PACS, na execução das referidas atividades.

7.82. Com o segundo indicador, pretende-se verificar a acessibilidade do doente ao sistema de saúde, decorrente do processo de descentralização das ações de diagnóstico e tratamento, imprescindível também para diagnosticar o impacto do próprio processo de descentralização nas proporções de cura e de abandono de tratamento. Há de se ressaltar que até julho de 2005 a cobertura das ações de diagnóstico e tratamento havia alcançado 32,6% das unidades básicas de saúde, conforme informações da coordenação do PNEH.

7.83. O último indicador se mostra útil não somente para avaliar o nível de transmissão da hanseníase, mas também para validar o indicador de proporção de contatos examinados, pois um incremento no exame de contatos corresponde, via de regra, a uma diminuição da contaminação dos menores de 15 anos de idade. Considera-se igualmente importante diferenciar esta faixa etária da população, que constitui um dos públicos prioritários das políticas públicas, tendo em conta a sua vulnerabilidade, em particular, às doenças infecto-contagiosas e o elevado potencial da hanseníase em gerar incapacidades.

8. Pactuações da Agenda 21 Brasileira

8.1. Em resposta ao Memorando-Circular nº 44/2005 – Adfis, que dispõe sobre as ações decorrentes da Aprovação do Plano de Fiscalização do 2º Semestre de 2005 (AC-879-23/2005-PL, de 29/6/2005 - TC-012.798/2004-0), incorporou-se a este relatório, questão proposta pela Secretaria de Fiscalização de Obras e Patrimônio da União – SECOB acerca da implementação, pela SVS, das ações e recomendações traçadas para a área de saúde pela Agenda 21 Brasileira.



8.2. A Agenda 21 Brasileira é um processo de pactuação de ações e recomendações e, ao mesmo tempo, instrumento de planejamento participativo para o desenvolvimento que tem como eixo central a sustentabilidade. O documento, construído a partir das diretrizes da Agenda 21 global das Nações Unidas e finalizado em 2002, é resultado de vasta consulta à população brasileira.

8.3. As doenças infecto-parasitárias, entre as quais está a hanseníase, encontram-se declinantes, embora de maneira desigual entre regiões e grupos sociais. Para eliminar essas doenças, que atingem principalmente as populações mais pobres, os investimentos públicos devem priorizar as políticas governamentais de vacinação em massa e de campanhas de promoção da saúde popular.

8.4. A Constituição de 1988 universalizou o acesso ao atendimento médico, permitindo o livre acesso aos hospitais para todos os cidadãos brasileiros, independentemente de sua contribuição ao sistema. Todavia, sufocado pelo aumento da demanda, o Sistema Único de Saúde – SUS foi incapaz de responder à altura das necessidades e expectativas, embora o processo de descentralização dos serviços de saúde para os municípios tenha avançado consideravelmente na última década.

8.5. Uma distorção organizacional do sistema, que precisa ser corrigida, é o fato de que a rede de atendimento existente absorve desproporcionalmente os recursos disponíveis, em detrimento de municípios e áreas mais pobres que estão excluídos da rede. Para corrigir tais desequilíbrios é necessário priorizar ações preventivas.

8.6. Para cumprir os compromissos da Agenda, foram definidos os objetivos e estabelecidas as respectivas ações e recomendações prioritárias, de acordo com os diversos segmentos temáticos. O Objetivo 7, “Promover a saúde e evitar a doença, democratizando o SUS”, é o que está relacionado ao tema saúde.

8.7. Em decorrência de análises relativas ao conteúdo do Objetivo 7 da Agenda 21 Brasileira, a Secob elaborou a seguinte questão a ser investigada na presente auditoria: “No planejamento das ações da SVS/MS são consideradas as ações e recomendações traçadas para a área de saúde pela Agenda 21 Brasileira?”

8.8. Dentre as sete ações e recomendações para a área de saúde, quatro delas são aplicáveis às ações de prevenção e controle da hanseníase desenvolvidas pela SVS, haja vista as atividades voltadas para a prevenção, diagnóstico e tratamento estarem inseridas na atenção básica (unidades de saúde da família – USF e unidades básicas tradicionais). São elas:

a) intensificar e universalizar ações de promoção à saúde, prevenção e controle de doenças e de assistência integral, com base em programas como dos Agentes Comunitários e de Saúde da Família, partes integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS;

b) melhorar a rede de saúde hierarquizando o atendimento médico em função de sua complexidade, nível de gravidade e de especialização; estabelecer um sistema coerente que comece com forte política preventiva e progressivamente envolva os postos de saúde, os hospitais de emergência e os especializados;



c) promover a articulação entre os setores governamentais e destes com a sociedade, para uma política integrada de redução de risco à saúde e melhoria das condições de vida da população;

d) ampliar as ações de detecção precoce dos problemas de saúde, como hipertensão, diabetes, câncer de colo de útero, desnutrição, defeitos congênitos, garantindo condições para acompanhamento e tratamento.

8.9. Serão compiladas, a seguir, as análises e conclusões da auditoria que se referem, direta ou indiretamente, às quatro ações do objetivo 7 da Agenda 21 aplicáveis às ações de prevenção e controle da hanseníase.

8.10. A descentralização do SUS é um processo longo, que ainda não está concluído, mas provoca algumas dificuldades de articulação entre as três esferas governamentais. Na prática, estados e municípios ainda encontram alguns obstáculos para assumir, no dia a dia, as atribuições que lhe competem, de acordo com os normativos legais. As principais causas da dificuldade de articulação entre as três esferas de governo são a falta de comprometimento dos gestores e a rotatividade de profissionais, especialmente os médicos que atuam na atenção básica.

8.11. Para desempenhar suas funções, o PNEH depende do Programa Saúde da Família – PSF e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, uma vez que eles realizam atividades na atenção básica que são estratégicas para o sucesso das ações de controle e eliminação da hanseníase, tais como busca ativa de casos novos, resgate de abandonos de tratamento, busca de comunicantes, além da prevenção, do diagnóstico e do tratamento já citados.

8.12. Portanto, a integração dos coordenadores do PNEH com os coordenadores do PSF é fundamental para o maior sucesso da descentralização dos serviços de saúde. Constatou-se que em 46% dos estados brasileiros há planejamento conjunto de ações entre coordenadores do PNEH e do PSF. Nos municípios, esse percentual cai para 11%. A integração entre as coordenações municipais dos dois programas é de aproximadamente 34% no que se refere às ações de prevenção, detecção e divulgação. Nos estados, esse percentual cai para aproximadamente 25%. Portanto, há necessidade de maior integração entre as coordenações dos dois programas, tendo em vista a importância do PSF para a eliminação da hanseníase.

8.13. Com relação a mecanismos de controle, verificou-se que há carência de atividades de supervisão, de assessoria técnica e de diretrizes específicas para essas áreas. A grande maioria dos pacientes entrevistados (87%) desconhecem canais de comunicação para apresentar denúncias, esclarecer dúvidas ou fazer sugestões acerca de questões relacionadas a hanseníase. Apurou-se que 55,2% dos municípios pesquisados não dispõem desses canais.

8.14. A atuação do controle social é incipiente. O funcionamento do conselho municipal de saúde é um dos requisitos para a habilitação do município na gestão plena da atenção básica. Observa-se, entretanto, que, embora implantados, nem sempre os conselhos atuam de forma satisfatória no controle social dos serviços públicos de saúde. Na opinião dos entrevistados, 48,3% dos conselhos municipais não atuam na questão de hanseníase. Essa baixa atuação diminui a participação social nas discussões sobre hanseníase e dificulta a mobilização da sociedade para obter melhoria dos serviços de atenção básica.



8.15. A hanseníase pode causar deformidades e incapacidades físicas, decorrentes de lesões nos nervos. As atividades de prevenção de incapacidades são simples e podem ser orientadas ou realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde, durante as visitas domiciliares. Apesar disso, os dados obtidos indicam que apenas 50% dos municípios pesquisados realizam atividades de prevenção de incapacidades.

8.16. A lógica do SUS prevê que ações de saúde de média e alta complexidade sejam executadas por centros de referência. Entretanto, observou-se que esses centros executam, principalmente, atividades da atenção básica. Um fator que contribui para a sobrecarga de atendimento nos CR é a falta de profissionais capacitados nas unidades básicas de saúde, bem como a não assunção das atividades de hanseníase por essas unidades. Essa sobrecarga reduz as condições dos profissionais dos centros de referência de desenvolverem atividades de maior complexidade, como projetos de pesquisas ou cirurgias reparadoras. Conforme as respostas dos questionários, apenas 39% dos centros de referência realizam pesquisas e 33% realizam cirurgias para a reabilitação física dos pacientes.

8.17. Segundo os gestores estaduais e municipais, a dificuldade para cumprir prazos e condições para o repasse de recursos federais prejudica a sua utilização. Isso leva à preferência pelo uso de recursos advindos de organizações não-governamentais – ONGs, repassados rapidamente e com menos entraves. Esses recursos são utilizados, basicamente, em ações de capacitação e campanhas de divulgação da hanseníase.

8.18. Foram identificadas boas práticas de execução e controle de ações tratadas no capítulo 3, Além dessas, outras práticas podem ser disseminadas: cotas de visitas domiciliares para médicos do PSF; capacitação de agentes de saneamento para a busca de faltosos e de casos suspeitos; capacitação de professores para orientar alunos sobre a doença; assessoria técnica prestada pelo estado aos municípios; workshop para divulgação de boas práticas dos municípios; projeto de habilitação e reabilitação social da pessoa deficiente.

8.19. Concluindo, o modelo atual de controle e execução das ações do PNEH vem sendo aperfeiçoado, visando à sua consolidação. A coordenação do PNEH tem envidado esforços no sentido de descentralizar as ações, bem como de intensificar o diagnóstico precoce da doença.

8.20. Constatou-se deficiências no que se refere à execução das ações da atenção básica e à hierarquização da rede de saúde em função de sua complexidade, principalmente no caso dos centros de referência, que ainda executam atividades da atenção básica em prejuízo das atribuições que lhes seriam inerentes. Também é necessário aperfeiçoar a articulação entre os setores e as esferas governamentais e aumentar o envolvimento da sociedade.

9. Análise dos Comentários do Gestor

9.1. Por meio do Ofício nº. 162, de 31/03/2006, foi solicitado ao titular da Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS que emitisse comentários sobre o Relatório de Auditoria, cuja versão preliminar foi-lhe encaminhada simultaneamente.



9.2. Mediante Parecer Técnico do PNEH/DEVEP/SVS/MS nº. 04/06, de 10/05/2006, endossado pelo titular da SVS, a Coordenadora do Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase fez comentários sobre os itens que entendeu serem passíveis de alteração ou complementação.

9.3. Os comentários analisados e aceitos foram incorporados ao texto final do presente relatório, enquanto os argumentos considerados insuficientes para modificar o entendimento da equipe de auditoria, além daqueles que ela houve por bem registrar, são examinados a seguir.

Execução de ações para eliminação da doença

9.4. A coordenação do Programa observou que o estudo feito pela auditoria, referente à comparação no desempenho das principais atividades em hanseníase executadas pela Atenção Básica (parágrafos 4.1, 4.7 e 4.8) será útil para o fortalecimento do diálogo e a articulação com o Departamento de Atenção Básica, além da promoção do fortalecimento nos estados e municípios, por ocasião das reuniões macrorregionais.

9.5. Ao se referir ao estudo de desempenho nas visitas domiciliares e nas consultas médicas realizado pelos auditores, abordado nos parágrafos 4.32 a 4.49, constatou o preenchimento de uma lacuna de conhecimento de forma sistematizada e analisada, sendo, portanto, de grande valor para o planejamento das atividades de hanseníase pelas três esferas do SUS.

Reabilitação física e social

9.6. A coordenação ressaltou que o percentual de municípios sem nenhum serviço de reabilitação de incapacidades (60%), encontrado na pesquisa (parágrafo 5.6), fornece um novo dado ao Programa, sendo útil para a planificação das atividades na área.

9.7. Quanto à baixa capacidade dos estados no tocante à realização de cirurgias reparadoras, o Plano de Trabalho do PNEH – 2006 em reabilitação prevê cursos para profissionais médicos (cirurgias reabilitadoras) e também para fisioterapeutas e enfermeiros (parceria com ILEP). Aguardam-se, ainda, um inquérito nacional de incapacidades físicas e a organização das etapas preliminares de um mutirão de cirurgias reabilitadoras e reparadoras.

9.8. A SVS considerou as recomendações do TCU relativas a este capítulo adequadas e afirmou que serão incorporadas paulatinamente, na medida em que avançar o processo de reestruturação das unidades de referência para reabilitação, assim como para os antigos hospitais-colônia já em curso.

Epidemiologia da hanseníase

9.9. Apesar de destacar o bom nível de compreensão da equipe de auditoria em relação à situação epidemiológica da hanseníase, algumas indagações foram feitas pela coordenação do Programa.



9.10. Quanto à assertiva, contida nos parágrafos 6.3, 6.58 e 10.13, de que os indicadores não possuem o grau de confiabilidade desejável para refletir com precisão a carga da doença e a sua magnitude, foi questionado se tal grau de confiabilidade não estaria relacionado a incompatibilidades entre dados de diferentes fontes de informação, que estariam incorrendo em imprecisões entre o que é informado pelos estados e o que é divulgado pelo MS.

9.11. Deve-se observar que o próprio relatório fornece argumentos que reforçam a suposição. No parágrafo 6.7, a comparação entre os percentuais de casos novos diagnosticados com grau de incapacidade no período 1999/2002, a partir dos registros do Ministério da Saúde, e os percentuais informados pelos respectivos estados em 2003, evidenciou grandes diferenças. Ainda, no parágrafo 6.10, o coeficiente de detecção, considerado confiável, calculado pelo LEM (exercício de monitoramento desenvolvido pela OMS) em torno de 2,14 para o ano de 2002, enquanto o Ministério da Saúde, para o mesmo ano, fixou o coeficiente em 2,72.

9.12. Contudo, a confiabilidade insuficiente parece decorrer não somente das divergências entre fontes distintas de informação, em razão das diferentes metodologias e dos critérios de apuração aplicados, mas também da incompatibilidade entre indicadores/índices e o contexto que estes se propõem a espelhar. O parágrafo 6.9 ilustra exemplo em que se constata acentuada redução da proporção de cura a partir de 1999, contrariando a tendência esperada, já que houve melhoria de acesso ao tratamento em virtude da cobertura crescente do PSF e das ações de controle da hanseníase, além da redução pela metade do tempo de tratamento a partir de 2001.

9.13. Assim sendo, torna-se coerente presumir que, em face da variedade de fatores que podem comprometer a confiabilidade dos indicadores, seria impraticável dimensionar o tamanho desse erro.

9.14. Por último, a coordenação do PNEH sugeriu que fosse recomendado aos coordenadores estaduais que tivessem responsabilidade pela qualidade dos dados transferidos pelo Sinan e que passassem a validar os dados dos municípios antes da transferência para o MS.

9.15. Não obstante a sugestão, entende-se que já haviam sido propostas duas recomendações no presente relatório, detalhadas no parágrafo 11.2 (alíneas “i” e “j”), que priorizam respectivamente a articulação da SVS com estados e municípios com o objetivo de formular política de incentivos e intensificar de parcerias com instituições de pesquisa.

9.16. Acredita-se que sejam suficientes para nortear a criação de mecanismos que assegurem a qualidade da informação gerada, ao mesmo tempo em que não isenta estados e municípios de se mobilizarem em busca da uniformização das bases de dados e da adequada e tempestiva alimentação dos sistemas.

Comentários complementares

9.17. Ao finalizar suas observações, a coordenação do Programa ressalta que o aporte de novos dados trazidos pela auditoria merecerá atenção prioritária do Programa, enquanto as recomendações propostas, em que pese a sua total pertinência, serão incorporadas de maneira



TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO
Secretaria-Geral de Controle Externo
Sec. de Fisc. de Aval. de Prog. de Gov.

gradual mediante planejamento e cronograma a ser estabelecido, considerando diferentes graus de prioridade, oportunidade e disponibilidade financeira.



10. Conclusão

10.1. A presente auditoria teve por finalidade avaliar o desempenho do Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase – PNEH sob o prisma das ações executadas na atenção básica e na média e alta complexidades (reabilitação física e social).

10.2. A hanseníase ainda é desconhecida por grande parte da população apesar de ser uma das doenças mais antigas de que se tem notícia – há relatos na China que datam de 2600 A.C.

10.3. Neste relatório são apontadas as iniciativas positivas atribuídas aos gestores, assim como as dificuldades e deficiências que serviram de substrato para a elaboração da proposta de recomendações saneadoras ou minimizadoras, sem que se tivesse a pretensão de exaurir o assunto, haja vista a complexidade, abrangência e multissetorialidade das ações envolvidas.

10.4. No plano gerencial observou-se intenso comprometimento dos membros da coordenação central do Programa e destes para com seus parceiros – OPAS/OMS, Sociedade Brasileira de Hansenologia, Conasems e Centros de Referência Nacionais, além de outros.

10.5. Algumas estratégias e instrumentos adotados pela SVS/MS, com vistas a consolidar o Programa, merecem registro por representarem um esforço permanente dos técnicos envolvidos: as reuniões de avaliação macrorregionais; comitê técnico de assessoramento; cartas de eliminação e avisos de alerta; Grupo Tarefa do Ministério da Saúde; Plano Anual de Trabalho – PAT.

10.6. As ações de controle e eliminação da hanseníase atribuídas à atenção básica de saúde mostraram deficiências na sua execução, tais como exame de comunicantes e prevenção de incapacidades. Por isso, torna-se necessário uma melhor definição das estratégias de capacitação, com ênfase especial na parte prática, além de ações de integração com outros órgãos e programas, como a assistência farmacêutica.

10.7. Igualmente, as ações de educação e mobilização social ainda são insuficientes e frágeis, de maneira que se justificam as recomendações propostas no sentido de se planejar ações considerando a abordagem do preconceito e o estabelecimento de diretrizes para efeitos de divulgação de informações sobre a hanseníase.

10.8. Quanto às visitas médicas, observou-se tendência geral à redução da sua prática, enquanto os índices de consultas realizadas por médicos na USF vêm crescendo em algumas regiões, contrariando a filosofia Saúde da Família, daí ser oportuna a criação de mecanismos de controle das visitas médicas domiciliares, no intuito de intensificá-las.

10.9. No campo gerencial, subsistem dificuldades de articulação entre as esferas de governo e entre Programas do setor saúde (PSF, PACS, PNEH e Assistência Farmacêutica).



Algumas medidas já anunciadas, como a criação do Comitê de Assessoramento e a implantação do Grupo Tarefa, devem contribuir para minimizar o problema.

10.10. Em relação às ações de reabilitação física e social dos seqüelados, típica dos serviços de média e alta complexidade, verificou-se que estados e municípios prioritários contam com reduzida capacidade de provê-las, predominando a quase inexistência de equipes multidisciplinares necessárias ao processo de reabilitação. Para reduzir o impacto desse problema, considera-se que seria conveniente a implementação do processo de referenciação de hospitais universitários, estabelecendo-se uma linha de ação. Em complemento, dever-se-ia promover a articulação com outros programas de governo voltados à reabilitação física e social de pacientes de forma integrada e específica.

10.11. Nas visitas de estudo, observou-se a realização, pelos Centros de Referência Estaduais, de atividades que seriam de competência de unidades básicas, favorecendo a centralização do atendimento, em detrimento da execução de ações de maior complexidade, como pesquisas e cirurgias. Em razão deste achado, optou-se por recomendar o acompanhamento intensificado das metas de descentralização acordadas com os estados nos Planos Anuais de Trabalho – PAT.

10.12. No que se relaciona ao preconceito secular contra a doença, casos envolvendo a comunidade e profissionais de saúde, ou mesmo o próprio doente – auto-preconceito – têm origem na desinformação ou na incompreensão, proporcionando prejuízos à sua recuperação. Uma das recomendações propostas tem por objetivo a realização de campanhas de divulgação permanentes sobre a hanseníase, pactuada por estados, municípios e o nível federal.

10.13. A análise dos indicadores revelou que tanto a taxa de prevalência como os demais indicadores ainda não refletem com precisão o nível de morbidade (quantidade de doentes) e a magnitude da doença (risco de transmissão) no País. Daí serem cabíveis recomendações para que se intensifiquem parcerias com instituições de pesquisa, com vistas à validação dos indicadores. Estados e municípios deverão se mobilizar em busca da uniformização das bases de dados e da correta e tempestiva alimentação dos sistemas.

10.14. Também foram identificadas deficiências relativas à operacionalização do Sinan e à integração dos sistemas de informação mantidos pelo Ministério da Saúde (Sinan, SIAB, SIA e SIH). O confronto de índices extraídos dos diversos sistemas mostrou incompatibilidades que sugerem distorções de causa possivelmente operacional. Justifica-se, assim, recomendar que sejam utilizados de forma integrada as informações do SIAB, SIA e SIH, a fim de obter diagnóstico operacional e epidemiológico mais amplo. Dessa forma, espera-se contribuir para a obtenção de indicadores plenamente confiáveis que propiciem melhor planejamento e definição das ações de controle e eliminação da hanseníase.

10.15. A comparação entre municípios prioritários e seus limítrofes não prioritários, com base em indicadores, apontou para uma provável migração de pacientes atingidos pela hanseníase do segundo grupo de municípios para o primeiro à procura de diagnóstico, tratamento e internação hospitalar, resultando em sobrecarga de demanda. Isto considerado, tem-se por oportuno recomendar o estímulo à formação de consórcios entre secretarias municipais de saúde, de forma a conferir maior sustentabilidade às ações e co-responsabilidade dos consorciados.



10.16. Deve-se registrar que alguns riscos e dificuldades que os gestores enfrentam foram reconhecidos pela coordenação do PNEH, tais como a reduzida priorização do combate à hanseníase pelas Unidades de Saúde da Família, em função da frágil descentralização das ações, e problemas nos bancos de dados dos sistemas informatizados. A estes, somam-se a reduzida atuação dos conselhos municipais de saúde no exercício do controle social e a crença por médicos de que a doença é para ser tratada por especialistas.

10.17. Tendo em vista todos os problemas apontados, aguarda-se que as recomendações propostas, quando implementadas, consigam promover avanços em pontos críticos afetos à atenção básica, tais como ações de vigilância epidemiológica (pesquisa de comunicantes; busca ativa), prevenção de incapacidades e alimentação dos sistemas de informação. Esperam-se progressos também na divulgação de informações sobre a doença e na busca de maior comprometimento e co-responsabilidade dos gestores estaduais e municipais da hanseníase e da atenção básica.

10.18. Outros benefícios decorrentes das recomendações aqui propostas, como a ampliação do atendimento de maior complexidade e o aprimoramento da qualificação dos profissionais que trabalham em reabilitação física, também poderão contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos beneficiários, a reinserção social das pessoas atingidas pela hanseníase e a diminuição do preconceito em relação à doença.

10.19. Enfim, se todos os 40 mil pacientes que contraem hanseníase a cada ano e que sofrem com o preconceito, a pobreza e o infortúnio da doença obtiverem do Poder Público a atenção merecida e se a política de priorização for mantida, será possível atingir dois objetivos principais: o resgate social dos atingidos e a eliminação da hanseníase como problema de saúde pública no Brasil.



11.Proposta de Encaminhamento

11.1. Diante do exposto e visando a contribuir para a melhoria do desempenho das ações de controle e eliminação da hanseníase, submete-se este relatório à consideração superior, para posterior encaminhamento ao gabinete do Exmo. Sr. Ministro Relator Marcos Vinícios Vilaça, com as propostas que se seguem.

11.2. Recomendar à Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS que:

a) 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;

b) oriente as coordenações estaduais e municipais no sentido de:

b.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 (ACS, agentes de endemias, visitadoras, agentes de saneamento);

b.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;

b.3) intensificar a articulação com a assistência farmacêutica para aperfeiçoar a aquisição e distribuição de medicamentos para o tratamento das reações, naquilo que couber;

b.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;

b.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;

b.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;



TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO
Secretaria-Geral de Controle Externo
Sec. de Fisc. de Aval. de Prog. de Gov.

- b.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;
- b.8) estabelecer calendário de campanhas de divulgação periódicas e sistemáticas sobre a hanseníase;
- c) 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;
- d) consolide a implantação do Grupo Tarefa para promover maior articulação entre as coordenações das três esferas de governo, sem prejuízo das demais atribuições;
- e) 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;
- f) 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;
- g) recomende a criação dos PAT com metas de descentralização entre estados e municípios;
- h) 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;
- i) 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; uniformidade das bases de dados existentes tanto na esfera municipal como na estadual e federal; alimentação correta e tempestiva dos sistemas de informação, tendo em vista a produção de indicadores de desempenho plenamente confiáveis;
- j) intensifique parcerias com instituições de pesquisa, com vistas à validação dos indicadores mais importantes;



- k) 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 11.107, de 6 de abril de 2005;
- l) 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;
- m) inclua entre os indicadores pactuados na Atenção Básica ou na PPI-VS os seguintes indicadores propostos:
- m.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;
- m.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;
- m.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.
- 11.3. Recomendar à Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS em conjunto com as Secretarias Estaduais de Saúde – SES que:
- a) 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;
- b) utilizem de forma integrada as informações e dados do SIAB, SIA e SIH, a fim de obter diagnóstico operacional e epidemiológico mais amplo e preciso que subsidie o processo de planejamento, execução e controle das ações de eliminação da hanseníase.
- 11.4. 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.



11.5. Recomendar à Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS a implementação, em conjunto com as secretarias estaduais e municipais de saúde, do processo de referenciação 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 n^{os}. 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.

11.6. Recomendar ao Ministro 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.

11.7. 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.

11.8. 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 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.

11.9. 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 do Ministério da Saúde;
- c) Assessor Especial de Controle Interno do Ministério da Saúde;
- d) Secretário Federal de Controle Interno;
- e) Secretários Estaduais de Saúde;
- f) Presidente do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde;
- g) Coordenador do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde;
- h) Presidentes do Senado Federal e da Comissão de Assuntos Sociais daquela Casa;
- i) Senador Sebastião Viana;
- j) Presidente da Comissão Mista de Planos, Orçamentos Públicos e Fiscalização – CMO do Congresso nacional;



TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO
Secretaria-Geral de Controle Externo
Sec. de Fisc. de Aval. de Prog. de Gov.

k) Presidentes da Câmara dos Deputados e das Comissões de Fiscalização Financeira e Controle e de Seguridade Social e Família daquela Casa.

11.10. Arquivar os presentes autos na Seprog.

Brasília/DF, em 7 de dezembro de 2005

Cleber da Silva Menezes
ACE - Matrícula 3101-1

Juliano Fisicaro Borges
AGE/Minas Gerais

Lídia Maria Lopes Pereira da Silva
TCE/Pernambuco

Maria Lúcia de Oliveira Feliciano de Lima
ACE - Matrícula 3135-6

Renato Kanemoto
ACE - Matrícula 4591-8
Coordenador

Rodrigo do Amaral Vargas Brandão
ACE - Matrícula 5059-8



TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO
Secretaria-Geral de Controle Externo
Sec. de Fisc. de Aval. de Prog. de Gov.

Apêndices



Apêndice A – Controles internos ao PNEH – Metodologia COSO

1. Para a identificação de riscos, fragilidades e dificuldades nos procedimentos de controle interno adotados pela coordenação geral do PNEH, que possam comprometer o alcance dos objetivos do Programa, utilizou-se processo de verificação dos controles internos, baseado na metodologia COSO¹⁰, cuja matriz de Riscos e Controles encontra-se ao final do presente texto.
2. Na auditoria aplicou-se o Roteiro de Verificação, construído pela Seprog, tendo por base os princípios adotados pela referida metodologia, que, por sua vez, caracteriza o processo de controle interno em cinco dimensões: ambiente de controle; avaliação e gerenciamento de riscos; atividades de controle dos riscos; informação e comunicação; e monitoramento.
3. Para dar cumprimento ao roteiro, utilizaram-se informações obtidas nas reuniões com a coordenação geral do PNEH, nas entrevistas realizadas na II Reunião Macrorregional Norte de Hanseníase, nos grupos focais com gestores estaduais, nas visitas do teste-piloto, além das análises dos documentos solicitados.
4. A seguir, de forma resumida, estão as principais constatações da auditoria relativas às dimensões citadas e aos seus desdobramentos.

Ambiente de controle

5. O Programa apresenta estrutura organizacional simplificada e as atribuições e competências não estão expressamente definidas, todavia dispõe de indicadores gerenciais pactuados com estados e municípios.
6. Não comporta regulamentação específica, contudo, a Portaria GM/MS nº. 817, de 26 de Julho de 2000, dispõe sobre o desenvolvimento das ações de controle e eliminação da hanseníase em todo o território nacional, principalmente com relação à descentralização, e define as atribuições das três esferas de governo.
7. Os beneficiários do PNEH são todos os municípios, em tese, pois as suas ações estão inseridas na atenção básica, todavia existem 206 municípios prioritários, selecionados segundo critérios definidos e normatizados pela SVS/MS, os quais se encontram detalhados no capítulo “Visão Geral”.
8. Nas questões relacionadas à ética profissional, apesar da inexistência de comissão específica para tratar do assunto, no âmbito da SVS, criou-se um colegiado que regula, discute e

¹⁰ O termo “COSO” foi obtido a partir de abreviatura na língua inglesa do nome da instituição denominada *The Comitee of Sponsoring Organizations of the Treadway Comission* (Comitê das Organizações Patrocinadoras da Comissão *Treadway*). Trata-se de uma entidade do setor privado, sem fins lucrativos, dedicada à melhoria dos relatórios financeiros, por meio da ética, da efetividade dos controles internos e da governança corporativa. A metodologia COSO foi adaptada pelo *Government Accountability Office* – GAO, entidade de fiscalização superior dos Estados Unidos da América, para a avaliação dos controles internos de entidades públicas.



toma decisões, tendo por base normativa o código de ética do servidor e o Comitê Nacional de Ética em Pesquisa – Conep.

9. No que diz respeito à estrutura organizacional, a coordenação nacional do Programa conta com 10 técnicos de nível superior, dois funcionários para apoio administrativo e 24 consultores, integrantes do Grupo Tarefa que presta apoio às coordenações dos estados. Tais consultores estão subordinados diretamente à coordenação geral do PNEH, que se encontra vinculada ao Departamento de Vigilância Epidemiológica, que, por sua vez, insere-se na estrutura da Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS.

10. Segundo informações, até meados de 2005, os consultores eram contratados em caráter temporário e para o cumprimento de metas, contudo, a partir do exercício de 2006, todos deverão ser admitidos somente após aprovação em concurso público.

11. Apesar de não haver previsão normativa, os consultores têm por atribuições contratuais apoiar a supervisão dos municípios e enviar relatórios periódicos à coordenação nacional para facilitar o processo de tomada de decisões. Ressalte-se que, quanto às competências exigidas para o exercício profissional, o único cargo com descrição de tarefas é o do coordenador geral do Programa.

12. O planejamento das atividades voltadas para treinamento e capacitação é realizado com base em consulta direta aos servidores da coordenação nacional ou, no caso dos servidores dos estados e municípios, às secretarias estaduais de saúde, que identificam a demanda e a clientela. Os cursos são ministrados por técnicos da SVS e da Atenção Básica, sendo financiados por recursos do Projeto Vigilância em Saúde no SUS – VIGISUS. São também oferecidos cursos pela *International Federation of Anti-Leprosy Associations* – ILEP, coordenados pelo Ministério da Saúde.

13. Quanto ao emprego de indicadores de desempenho, a coordenação informou que os indicadores são pactuados na PPI-VS e na atenção básica, totalizando cinco indicadores com metas anuais estabelecidas para estados e municípios.

Conforme examinado no subtítulo “Pactuação de metas na Atenção Básica e na PPI-VS” do capítulo 7, as pactuações mostram-se insuficientes e podem implicar deficiências de avaliação, visto que os gerentes ficam desprovidos de um mecanismo formal que permita uma atuação mais eficaz.

Avaliação e controle de riscos

14. A coordenação alega que faz levantamentos com vistas à identificação dos riscos ao cumprimento dos objetivos e das metas pactuadas, mas não de forma sistematizada.

15. Alguns riscos foram identificados: não priorização das ações voltadas para a hanseníase pelas Unidades de Saúde da Família – USF; descentralização frágil (30% de cobertura de ações de controle e eliminação da hanseníase); problemas nos bancos de dados dos sistemas informatizados, entre outros.



16. Dados referentes aos riscos foram consolidados nas Cartas de Eliminação dirigidas aos estados e no sistema de alerta aos municípios – via Internet, instrumentos de monitoramento que buscam fornecer subsídios aos gestores, conforme já comentado no capítulo 3.

17. Constatou-se que, embora não haja estudos estabelecendo possíveis providências para minimização dos riscos identificados, algumas ações de controle vêm sendo implementadas pela coordenação nacional, como a cobrança de melhoria dos indicadores pactuados e de providências acordadas nas reuniões macrorregionais e nos relatórios dos consultores.

18. A coordenação acrescenta que, como as atividades de controle de riscos ainda estão em fase de formulação e estruturação, a atuação do órgão central baseia-se na análise de dados epidemiológicos; enquanto a atuação na ponta depende dos esforços dos estados e municípios e respectivas USF.

19. As principais atividades aproveitadas para o controle, em função da necessidade de atuar junto aos estados e municípios, são as seguintes: divulgação dos dados epidemiológicos de forma transparente como forma de pressão política; atualização e limpeza sistemática do banco de dados (Sinan); capacitação das USF para a descentralização das ações de controle da doença e a alocação de 24 consultores, integrantes do Grupo Tarefa, junto aos estados para estabelecer diagnóstico epidemiológico, monitorar ações do Programa e emitir relatórios bimestrais.

Informação, comunicação e monitoramento

20. Os canais de comunicação com o Programa carecem de aprimoramento e maior divulgação junto à população; enquanto as informações geradas pelos sistemas utilizados apresentam problemas no que se refere à confiabilidade e tempestividade. Por outro lado, dois dos principais instrumentos de monitoramento do PNEH – reuniões macrorregionais e criação do Grupo Tarefa – constituem avanços inegáveis em direção ao aperfeiçoamento do Programa.

21. Quanto aos processos de comunicação, verificou-se a existência do Disque-saúde do MS para a apresentação de sugestões, críticas e denúncias por parte do público-alvo e da sociedade civil, conquanto sejam acessados com pouca frequência, segundo técnicos entrevistados. A maioria das solicitações constitui-se de dúvidas sobre a doença, seguidas de pedidos de material para trabalhos escolares e universitários; enquanto as denúncias ou queixas aparecem em terceiro lugar. Há um controle das providências, segundo técnicos do MS. Outro canal de comunicação com o Programa é o Tele-hansen, mantido por uma ONG (Morhan) que encaminha as demandas ao MS, no caso de denúncias e queixas, todavia, constatou-se que a análise das providências ocorre de forma pouco sistematizada.

22. No que diz respeito às informações necessárias ao gerenciamento, a coordenação acompanha os indicadores da Programação Pactuada Integrada – PPI e do PAB, a partir de relatórios do Grupo Tarefa e de dados extraídos do Sinan, para avaliar o alcance de seus objetivos e a efetividade das atividades de controle epidemiológico.

23. Entretanto, acerca da confiabilidade e da tempestividade das informações, a coordenação reconheceu problemas: o registro dos diagnósticos é feito, mas o dos acompanhamentos por ocasião do tratamento, não. Destacou que, em seguida à mudança do



critério de prevalência, foi feito um teste de consistência nos dados do Sinan, que apontou a ocorrência de duplicação nas informações dos municípios para a regional, da regional para o estado e deste para o MS.

24. Verificou-se a existência de inconsistências nos relatórios extraídos do Sinan atribuíveis à alimentação do sistema e de incompatibilidades entre os relatórios consolidados pelos estados (Sinan) e os registros de outros sistemas, como o SIAB e o SIA, conforme análises e propostas de recomendações dos capítulos 6 e 7.

25. Para fins de monitoramento do PNEH, a coordenação organiza reuniões macrorregionais anuais de avaliação, conforme exposto no capítulo 3 do presente relatório, com o objetivo de discutir estratégias para intensificação das atividades de controle da hanseníase, repassar informações sobre a doença, apresentar boas práticas e debater temas relacionados à doença. Deve-se registrar, contudo, que na análise de documentos e atas das reuniões não foram identificadas avaliações de situação epidemiológica por parte dos estados, conquanto estes venham recebendo orientações para que o façam.

26. Outra forma de monitoramento, embora assistemática, ocorre por intermédio dos relatórios do Grupo Tarefa. O confronto dos dados registrados nos sistemas de informação com os dados obtidos nas inspeções *in loco* é atribuição delegada aos consultores, que estão sendo orientados a realizar o monitoramento intensivo e diário dos registros do Sinan, além de focar a análise mensal de indicadores.



Matriz de Riscos e Controles

Período da aplicação: agosto a outubro de 2005

Tempo da atual gestão: 1 ano e meio – desde abril de 2004

Roteiro de Verificação dos Sistemas de Controle Interno	Informações obtidas
I- AMBIENTE DE CONTROLE 1 – Integridade e Ética 1.1. O órgão utiliza código formal estabelecendo padrões de conduta e procedimentos operacionais aceitáveis?	O PNEH está inserido na estrutura da Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS e está subordinado ao Departamento de Vigilância Epidemiológica. Existe um colegiado na SVS que regula, discute e toma decisões (até o momento foram contabilizadas 30 atas de reuniões).
1.2. Existe comissão de ética designada por portaria? Se existe, quais os trabalhos de conscientização, orientação e aconselhamento sobre a ética profissional do servidor, no tratamento com as pessoas e com o patrimônio público?	A gestora desconhece que exista comissão de ética no MS. Mencionou o código de ética do servidor e o Comitê Nacional de Ética em Pesquisa – Conep.
1.3. Os critérios para seleção dos municípios beneficiários do Programa são adequados e transparentes?	O PNEH abrange todos os municípios, pois as suas ações estão inseridas na atenção básica. Existem 206 municípios prioritários segundo critérios definidos e normatizados. A priorização define uma estratégia diferenciada para a capacitação, orientação, assessoria técnica, limpeza de banco de dados, entre outros.
1.4. Existem normativos estabelecendo sanções em caso de fraudes especificamente no Programa em estudo? A gerência determina providências em caso de violações das normas do Programa?	Os normativos não são específicos para o Programa. As sanções são as previstas pelo Estatuto do Servidor Público.
2 – Competência Profissional 2.1. Existe descrição das tarefas associadas aos cargos no Programa, bem como das competências necessárias para seu exercício?	O único cargo do PNEH que tem descrição de tarefas é o de Coordenador Geral do Programa.
2.2. A gerência busca identificar as demandas de treinamento de seus servidores e oferece Programas de capacitação voltados para a melhoria de seu desempenho?	O planejamento das ações de treinamento e capacitação – tanto dos servidores da estrutura central como dos estados e municípios – é realizado com base em consulta direta aos técnicos do nível central ou às secretarias estaduais de saúde, que identificam a demanda e a clientela. Os cursos são oferecidos pela própria SVS e pela atenção básica, sendo financiados por recursos do Projeto Vigilância em Saúde no SUS – VIGISUS. São ofertados 02 cursos por Estado. Em relação à reabilitação existem cursos nacionais pela ILEP coordenados pelo MS. A ILEP também capacita nos Estados.
3 - Estilo e Filosofia Gerencial	A coordenação informou que os indicadores de desempenho



<p>3.1. A gerência emprega indicadores financeiros e de desempenho no planejamento e execução de suas atividades? Quais são os indicadores e para que são utilizados?</p>	<p>são pactuados na PPI-VS e na atenção básica, totalizando cinco indicadores com metas anuais estabelecidas para estados e municípios.</p> <p>Os diversos indicadores estão relacionados no apêndice B.</p> <p>Propõe-se recomendação para se inserir indicadores nas pactuações com estados e municípios.</p>
<p>4 – Estrutura Organizacional</p> <p>4.1. A estrutura organizacional do Programa é adequada para a execução, facilitando o fluxo de informações e a implementação de decisões?</p>	<p>Organograma: SVS > Departamento de Vigilância Epidemiológica > Coordenação do PNEH > Consultores nos estados.</p> <p>O Programa conta com 10 técnicos de nível superior e dois funcionários para apoio administrativo com atuação no nível central e 24 consultores (Grupo Tarefa) para apoiar as coordenações do Programa nos Estados.</p> <p>Os consultores atuam nos estados, apoiam a supervisão dos municípios e enviam relatórios periódicos à coordenação central, facilitando o processo de tomada de decisões.</p>
<p>4.2. As áreas-chave de autoridade e responsabilidade estão formalmente definidas e divulgadas dentro do órgão? (gerente do PPA e da ação, estabelecida por meio de decreto). Como são divulgadas as informações?</p>	<p>Não há regulamentação expressa sobre o Programa (PNEH). Contudo, a Portaria GM nº 817, de 26 de Julho de 2000, regulamenta o desenvolvimento das ações de controle e de eliminação da hanseníase em todo o território nacional, principalmente com relação à descentralização das ações e define as atribuições das três esferas de governo.</p>
<p>II – AVALIAÇÃO DOS RISCOS</p> <p>– Estabelecimento de objetivos</p> <p>1.1. Os objetivos são consistentes e incluem critérios de mensuração?</p>	<p>O Programa estabelece metas na Programação Pactuada Integrada – PPI, no Pacto da Atenção Básica e no PAT do nível federal. Há diversos indicadores epidemiológicos e operacionais, relativos à doença, inseridos nesses instrumentos, a exemplo da taxa de prevalência da doença, que reflete o grau de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública.</p>
<p>1.2. Os recursos necessários ao alcance dos objetivos foram identificados e estão disponíveis?</p>	<p>Os recursos para o Programa foram propostos ao Departamento de Vigilância Epidemiológica. Foram solicitados 21 milhões, foram aprovados 14 milhões para o exercício de 2005.</p>
<p>- Identificação dos Riscos</p> <p>2.1. A gerência realizou levantamento dos riscos, tanto internos quanto externos, que podem afetar o alcance dos objetivos do Programa, bem como das medidas necessárias para atenuá-los?</p>	<p>O levantamento ocorre, mas não de forma sistematizada. A gerência partiu da situação epidemiológica com foco nas regiões. Foram identificados os seguintes riscos: não priorização das ações de controle da hanseníase pelas USF; descentralização incipiente (30% de cobertura de ações controle da hanseníase); problemas no banco de dados dos sistemas informatizados.</p> <p>Os dados correspondentes foram consolidados nas Cartas de Eliminação dirigidas aos estados e no sistema de alerta aos municípios – via internet, instrumentos de monitoramento que buscam fornecer subsídios aos</p>



	gestores.
2.2. Esse levantamento foi feito de forma a considerar as peculiaridades do Programa (execução descentralizada, experiência de programas similares) e do órgão (infra-estrutura física, disponibilidade de pessoal, sistemas de informação disponíveis)?	Sim, mas como os controles de supervisão não estão consolidados, a atuação pelo nível federal tem-se pautado pelo acompanhamento dos dados epidemiológicos. A atuação na ponta do PNEH depende dos Estados e Municípios e respectivas USF.
- Análise dos Riscos 3.1. A gerência realiza análise de riscos? A análise inclui verificação da probabilidade de ocorrência desses riscos e de seu impacto no Programa?	O nível federal trabalha com a situação de fragilidade no combate à Hanseníase e depende da atuação e comprometimento dos Estados e Municípios.
3.2. Existem estudos sobre quais medidas seriam necessárias para atenuar esses riscos?	Não há estudos, mas ações de controle do nível federal e cobrança pela melhoria dos indicadores.
III – ATIVIDADES DE CONTROLE 1. As ações e atividades de controle necessárias para lidar com os riscos foram identificadas?	A gerência priorizou a transparência e divulgação dos dados epidemiológicos como pressão política, atualização e limpeza do banco de dados da hanseníase, capacitação das USF's para a descentralização do combate à doença, alocação de 24 consultores junto aos Estados (metas: diagnóstico, ações para o Programa, e relatórios bimestrais) e outros. Deve-se propor recomendação para que a SVS consolide a implantação do Grupo Tarefa para intensificar ações de identificação de riscos ao alcance dos objetivos do Programa e promover maior articulação entre as coordenações das três esferas de governo.
2. As atividades de controle são aplicadas adequadamente?	As atividades de controle ainda estão em processo de formulação e estruturação.
IV – INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO 1 – Informação 1.1. A gerência identificou quais informações são necessárias para acompanhar o alcance de seus objetivos e a efetividade das atividades de controle?	Sim, em relação ao controle epidemiológico. Há o acompanhamento dos indicadores da PPI e do Pacto da Atenção Básica.
1.2. Essas informações são transfiguradas em indicadores que permitam aferir o alcance de seus objetivos e a efetividade das atividades de controle?	Há informações a partir de relatórios dos consultores do MS e dos dados/informações extraídos do Sinan.
1.3. As informações necessárias para acompanhar o alcance de seus objetivos e a efetividade das atividades de controle são confiáveis e tempestivas?	O registro dos diagnósticos é feito, mas o acompanhamento do tratamento, não. É necessário criar uma cultura de revisão dos dados de alimentação do Sinan. Na mudança do critério de prevalência foi feito um teste de consistência nos dados do Sinan pois, estava ocorrendo duplicação nas informações dos municípios para a regional e da regional para o estado e deste para o MS.



<p>2 – <i>Comunicação</i></p> <p>2.1. Os servidores indicam saber quais sanções são aplicáveis no caso de transgressões e o que fazer caso tomem conhecimento delas?</p>	<p>Não há previsão de sanções em caso de transgressões, nem para o caso de denúncias e representações.</p>
<p>2.2. Existem canais para apresentação de sugestões, críticas e denúncias por parte do público-alvo e da sociedade civil?</p>	<p>Existe o Disque-saúde pelo MS. As questões relativas à Hanseníase são geridas por técnica da SVS. A maioria das solicitações são dúvidas sobre a doença, em seguida, pedidos de material para trabalhos escolares e de universidades e em 3º lugar são denúncias. Há um controle das providências.</p> <p>Outro canal é o Tele-hansen, gerenciado pelo Morhan, que encaminha ao MS as respectivas demandas.</p>
<p>V – MONITORAMENTO</p> <p>1. A estratégia de monitoramento inclui a identificação de operações críticas e de sistemas de apoio que precisam de revisão e avaliação especiais, bem como de planejamento para exames periódicos?</p>	<p>Anualmente são realizadas reuniões de macro avaliação que dividem o Brasil em 3 regiões. Nessas reuniões são discutidas estratégias para intensificação das atividades de controle da hanseníase, repassadas informações sobre a doença, apresentadas boas práticas, debatidos temas relacionados à doença. Pela leitura dos documentos das reuniões, não identificamos exposição e avaliação da situação dos Estados de forma a comprometer os responsáveis com as metas.</p> <p>Outra fonte são os relatórios bimestrais dos consultores do Grupo Tarefa.</p>
<p>2. A gerência verifica os dados registrados nos sistemas de informação confrontando com os dados obtidos nas inspeções <i>in loco</i>, numa frequência adequada à importância da atividade (p. ex., prestações de contas)?</p>	<p>Essas são atribuições previstas para os consultores do Grupo Tarefa. Em comunicação enviada pelo Ministério da Saúde em 31 de agosto foi informado aos consultores contratados que de setembro a dezembro deveriam focalizar suas atividades na atualização, monitoramento intensivo e diário dos registros do Sinan, além de focar a análise mensal de 5 ID's (prevalência, detecção, cura, grau de incapacidade e detecção em < 15 anos). No nível central são realizados alguns testes de inconsistência no sistema de informações (Sinan).</p>
<p>3. Os servidores têm ambiente favorável e canais de comunicação para reportar à gerência eventuais fraquezas identificadas nos processos de controle interno?</p>	<p>Os coordenadores estaduais e os consultores entram em contato com o MS sistematicamente, enquanto os coordenadores municipais o fazem esporadicamente.</p>
<p>4. São adotadas providências tempestivas no que se refere aos achados e recomendações oriundos das atividades de monitoramento?</p>	<p>As reuniões de macro avaliação e os consultores exercem o monitoramento. Quando há necessidade de intervenção visando ao cumprimento de recomendações, o Secretário da SVS entra em contato com o secretário de saúde local.</p>
<p>5. São adotadas providências tempestivas no que se refere aos achados e recomendações oriundos das avaliações externas?</p>	<p>Não há avaliações externas.</p>



Apêndice B – Indicadores de desempenho adotados pelo Programa

Indicadores do Pacto de Atenção Básica	
Nomenclatura	Forma de cálculo
1. Proporção de abandono de tratamento da Hanseníase	(número de casos de hanseníase que não compareceram ao serviço durante o ano / número de casos de hanseníase em registro ativo) X 100
2. Taxa de detecção de casos novos de Hanseníase	(número de casos novos de hanseníase notificados em determinado local e período / população total no mesmo local e período) X 10.000
3. Proporção de cura nos casos novos de hanseníase diagnosticados	(número de casos novos de hanseníase diagnosticados e curados / número total de casos de hanseníase diagnosticados) X 100
4. Taxa de prevalência de hanseníase	(número de casos em curso de tratamento em 31 de dezembro do ano base / população residente no mesmo local e período) X 10.000
5. Proporção do grau de incapacidade I e II registrados no momento do diagnóstico	(número de casos novos de incapacidade I e II registrados no momento do diagnóstico / número de casos novos avaliados em relação à incapacidade no momento do diagnóstico) X 100

Indicadores do LEM	
Nomenclatura	Forma de cálculo simplificada
Proporção de casos novos com incapacidades	Número de casos novos com incapacidade dividido pelo número de casos novos detectados
Demora média do diagnóstico	Tempo médio entre o início da doença e o diagnóstico
Proporção de crianças entre os casos novos	Número de casos novos com menos de 15 anos dividido pelo número de casos novos que tiveram a idade anotada
Proporção de casos MB entre os casos novos	Número de casos novos diagnosticados como MB dividido pelo número de casos novos detectados
Proporção de lesão única entre os casos novos	Número de casos novos diagnosticados apresentando lesão única no momento do diagnóstico dividido pelo número de casos novos detectados
Proporção de mulheres entre os casos novos	Número de casos novos femininos diagnosticados dividido pelo número de casos novos detectados
Proporção de casos novos com grau 2 de incapacidade	É o número de casos novos com grau 2 de incapacidade dividido pelo número total de casos novos detectados
Deteção	Nº de casos detectados no ano, dividido pela população em 31.12.XX, multiplicado por 10.000
Prevalência	Nº de casos em tratamento em 31.12.XX, dividido pela população e multiplicado por 10.000
Proporção de unidades de saúde que fornecem PQT	Número de unidades de saúde com serviços de PQT disponíveis dividido pelo número de unidades de saúde existentes na área determinada
Distância média de acesso à PQT	Distância média (em quilômetros) que os pacientes necessitam viajar para pegar a dose mensal de PQT
Custo estimado de acesso ao PQT para os pacientes	Custo médio de transporte estimado para os pacientes
Flexibilidade no fornecimento de PQT	Baseado em discussões com os pacientes, para certificar se a unidade da saúde: <ul style="list-style-type: none">• fornece tratamento apenas em um dia fixo do mês ou em vários dias do mês (número específico de dias);



	<ul style="list-style-type: none">• oferece mais de um mês de tratamento para o paciente se ele solicita;• pode lidar com as complicações;• é um centro especializado ou integrado;• estoca e utiliza corticoesteróides.
Disponibilidade de drogas da PQT	Disponibilidade de blister (cartela) de PQT no momento da visita à unidade de saúde, expressa em termos de suprimento mensal, para o número de casos existentes.
Proporção de pacientes tratados com PQT	Proporção de pacientes de hanseníase tratados com PQT dentre todos os pacientes registrados para tratamento
Taxa de cura	Número de pacientes curados dividido pelo número de pacientes previstos para serem curados na mesma coorte ¹¹ (PB e MB).
Taxa de abandono	Número de pacientes que não tomaram tratamento por 12 meses consecutivos dividido pelo número de pacientes previstos de serem curados na mesma coorte (MB e PB).
Proporção de pacientes que continuam o tratamento após completar as doses padrão de PQT	O número de pacientes que continuaram o tratamento depois de completar a PQT de duração fixa, 6 doses para PB e 12 doses para MB, dividido pelo número de pacientes previstos de terem sido curados.
Qualidade dos blister de medicamentos	Proporção de blister em condições físicas aceitáveis em um total de blisters examinados

- OBS: alguns desdobramentos dos indicadores acima listados, que são calculados no LEM, deixaram de ser relacionados

Indicadores do Guia para o Controle da Hanseníase (indicadores epidemiológicos)	
Nomenclatura	Forma de Cálculo (*)
1. Coeficiente de detecção anual de casos novos, por 10.000 hab.	(casos novos residentes diagnosticados no ano / população total residente em 01/07/ano) X 10.000
2. Coeficiente de detecção anual de casos novos na população de 0 a 14 anos, por 10.000 hab.	(casos novos residentes com 0 a 14 anos de idade diagnosticados no ano / população residente com idade entre 0 e 14 anos em 01/07/ano) X 10.000
3. Coeficiente de prevalência por 10.000 hab.	(casos existentes residentes, em registro ativo, em 31/12/ano / população total residente em 31/12/ ano) X 10.000
4. Proporção de casos com incapacidades físicas entre os casos novos detectados e avaliados no ano (**)	(casos novos residentes diagnosticados no ano com grau de incapacidade física II / casos novos residentes diagnosticados no ano com grau de incapacidade física avaliado) X 100
5. Proporção de curados no ano com incapacidades físicas (***)	(casos paucibacilares/ multibacilares curados no ano com grau de incapacidade II / casos paucibacilares/ multibacilares curados no ano com grau de incapacidade avaliado por ocasião da cura) X 100

* Todos os indicadores devem ser calculados utilizando-se dados de casos residentes, independentemente do local de detecção e tratamento.

** Indicador utilizado somente quando o percentual de casos com grau de incapacidade avaliado (ver indicadores operacionais) for maior ou igual a 75%.

*** Esse indicador deve ser construído separadamente para casos paucibacilares e multibacilares. Deve ser utilizado somente quando o percentual de casos com grau de incapacidade avaliado for maior ou igual a 75%.

¹¹ Conjunto de pessoas que têm em comum um atributo relativo a um dado período de tempo.



Indicadores do Guia para o Controle da Hanseníase (indicadores operacionais)	
Nomenclatura	Forma de cálculo (*)
1. Proporção de casos novos diagnosticados no ano que iniciaram poli-quimioterapia padrão OMS	(casos novos diagnosticados que iniciaram PQT no ano / total de casos novos diagnosticados no ano) X 100
2. Proporção de casos novos diagnosticados no ano com grau de incapacidade física avaliado	(casos novos diagnosticados no ano com grau de incapacidade avaliado / total de casos novos diagnosticados no ano) X 100
3. Proporção de cura entre casos novos diagnosticados nos anos das coortes (**)	(casos novos diagnosticados nos anos das coortes e curados até 31/12/ano de avaliação / total de casos diagnosticados nos anos das coortes) X 100
4. Proporção de casos curados no ano com grau de incapacidade física avaliado	(casos curados no ano com grau de incapacidade física avaliado por ocasião da cura / total de casos curados no ano) X 100
5. Proporção de abandono de tratamento entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes (**)	(casos novos diagnosticados nos anos das coortes que abandonaram o tratamento ou estão em situação ignorada em 31/12 do ano de avaliação / total de casos novos diagnosticados nos anos das coortes) X 100
6. Proporção de abandono do tratamento na prevalência do período	(casos existentes residentes (em registro ativo) não atendidos no ano de avaliação + saídas administrativas no ano de avaliação / total de casos existentes residentes (em registro ativo) em 31/12 do ano de avaliação + total de saídas do registro ativo no ano de avaliação) X 100
7. Proporção de examinados entre os contatos intradomiciliares de casos novos diagnosticados no ano	(contatos intradomiciliares de casos novos diagnosticados no ano, que foram examinados / total de contatos intradomiciliares de casos novos diagnosticados no ano) X 100
8. Proporção de municípios com ações de controle implantadas	(número de municípios com ações de controle implantadas / número total de municípios) X 100
9. Proporção da população coberta pelas ações de controle (**)	(população coberta pelas ações de controle / população total residente) X 100
10. Proporção de unidades de saúde da rede básica que desenvolvem ações de controle	(número de centros de saúde, postos de saúde e unidades de saúde da família, cadastrados no SUS, que desenvolvem ações de controle da hanseníase / número total de centros de saúde, postos de saúde e unidades de saúde da família cadastrados no SUS) X 100

* Todos os indicadores devem ser calculados para casos residentes, independentemente do local de detecção e tratamento.

** Nas esferas municipais e estaduais esses indicadores devem ser calculados separadamente para casos paucibacilares e multibacilares.



Apêndice C – Matriz de indicadores – por dimensão

Dimensão	Custo	Tempo	Quantidade	Qualidade
Economia				
Eficiência				
Eficácia			<p>Taxa de Detecção de Casos Novos de Hanseníase: (número de casos novos de hanseníase notificados em determinado local e período / população total no mesmo local e período) X 10.000.</p> <p>Proporção de abandono de tratamento: (número de casos de hanseníase que não compareceram ao serviço durante o ano / número de casos de hanseníase em registro ativo) X 100.</p> <p>Proporção ou Taxa de Cura de Hanseníase: (número de casos novos de hanseníase diagnosticados e curados / número total de casos de hanseníase diagnosticados) X 100.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	
Efetividade			<p>Coefficiente de prevalência: (número de casos em curso de tratamento em 31 de dezembro do ano base / população residente no mesmo local e período) X 10.000</p> <p>Proporção do grau de incapacidade I e II registrados no momento do diagnóstico: (número de casos novos de incapacidade I e II registrados no momento do diagnóstico / número de casos novos avaliados em relação à incapacidade no momento do diagnóstico) X 100</p>	
Eqüidade			<p>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.</p>	



Apêndice D – Coletânea de relatos e histórias de vida de pessoas atingidas pela hanseníase

- I. Geraldo: 65 anos, quando jovem sonhava estudar assim que estivesse livre da internação em hospital-colônia no Pará. Livre da internação compulsória, apesar da prótese de membro inferior, concluiu os cursos universitários de direito e contabilidade; hoje administra o asilo em que mora. Soube enfrentar as dificuldades, constituindo exemplo de determinação e perseverança.
- II. Juvenal: 83 anos; remanescente de hospital-colônia no Pará; sem parentes; veste-se com tênis, bermuda e camiseta; galanteia as enfermeiras e médicas; enxerga parcialmente e faz uso de prótese nos membros inferiores. Aposta toda semana na loteria/sena e adora dançar, dando exemplo de otimismo e gosto pela vida.
- III. Nivaldo: 82 anos; interno de hospital-colônia em São Paulo; quando internado aos 14 anos de idade, sua mãe já se encontrava lá, mas ela faleceu pouco depois. Ainda lhe restam parentes que moram longe. Às vésperas de servir o exército, houve recidiva da doença, sendo então proibido de prosseguir. O trauma deixou-o mudo durante 30 anos, até recuperar a confiança nas pessoas. Atualmente, ministra palestras sobre as suas experiências em cursos universitários; fala com desembaraço; dando exemplo de que é possível mudar de atitude.
- IV. As duas Marias: uma com 70 anos e outra com pouco menos; remanescentes de hospital-colônia no Pará; são vizinhas na ala feminina; ambas recebem o mesmo valor de aposentadoria; uma está acamada há meses e a outra passeia e faz bordados todos os dias; uma tem apenas um vestido sujo, surrado e com botões a menos, enquanto a outra guarda suas roupas num armário cheio de enfeites; uma não tem sequer uma cadeira e a outra assiste à televisão sentada em sua poltrona; no caso da primeira, a filha administra sua aposentadoria e no caso da segunda, ela mesma o faz. São exemplos de quem aproveita a vida com dignidade e de quem teve que desistir dela.
- V. José (codinome): menos de 30 anos; funcionário de centro de referência e que presta serviços ocasionalmente em antigo hospital-colônia no Amazonas; sua mãe continuava como interna do hospital, mas ele desconhecia. Disseram-lhe que havia falecido, até que em certa ocasião a descobriu por acaso (pelo nome). Amparou-a até o seu falecimento.
- VI. Maria (codinome): 40 anos; foi a consulta médica em USF de MG por estar apresentando reação durante o tratamento. O médico solicitou exames de sangue, sendo que deveria ficar em jejum a partir da meia noite e, no dia seguinte, dirigir-se ao centro de referência para colher o material. Disse, então, ao médico que a atendeu: “o jejum não é problema, pois estou sem comer o dia todo; ir ao centro será um problema, já que teria que tomar duas conduções para ir, duas para voltar. Idem, para buscar o resultado dos exames. Acho que vou desistir, Doutor!”



Apêndice E – Relação dos municípios prioritários e dos vizinhos não prioritários confrontados

Municípios Prioritários - 68			Municípios Vizinhos Não-Prioritários - 136		
UF	Nº IBGE	Município	UF	Nº IBGE	Município
AM	130120	Coari	AM	130002	Alvarães
AM	130140	Eirunepé	AM	130150	Envira
BA	290270	Barra	AM	130195	Itamarati
BA	290320	Barreiras	AM	130420	Tefé
BA	291480	Itabuna	BA	290140	Angical
BA	291840	Juazeiro	BA	290475	Buritirama
BA	292400	Paulo Afonso	BA	291770	Campo Formoso
BA	292600	Remanso	BA	290690	Caravelas
BA	293135	Teixeira de Freitas	BA	291140	Glória
CE	230550	Iguatu	BA	291360	Ilhéus
CE	231290	Sobral	BA	291620	Itapé
GO	520110	Anápolis	BA	291770	Jaguarari
GO	520890	Goiás	BA	292110	Medeiros Neto
GO	521220	Jussara	BA	292710	Rodelas
GO	521308	Minaçu	BA	293020	Sento Sé
GO	521460	Niquelândia	BA	293360	Xique-xique
GO	522020	São Miguel do Araguaia	CE	230200	Barro
MA	210140	Balsas	CE	230330	Cariús
MA	210330	Codó	CE	230380	Cedro
MA	210467	Governador Nunes Freire	CE	230435	Forquilha
MA	210480	Grajaú	CE	230610	Irauçuba
MA	210540	Itapecuru Mirim	CE	230950	Orós
MA	210570	Lago da Pedra	ES	320016	Água Doce do Norte
MA	210820	Pedreiras	ES	320090	Barra de São Francisco
MA	210860	Pinheiro	ES	320340	Mimoso do Sul
MA	210910	Presidente Dutra	GO	520010	Abadiânia
MA	211290	Vitória do Mearim	GO	520760	Fazenda Nova
MA	211400	Zé Doca	GO	521040	Itaberaí
MG	310160	Alfenas	GO	521120	Itapuranga
MG	310170	Almenara	GO	521370	Montes Claros de Goiás
MG	311100	Campestre	GO	521525	Novo Planalto
MG	312770	Governador Valadares	GO	521680	Petrolina de Goiás
MG	313130	Ipatinga	GO	522000	São João d'Aliança
MG	313420	Ituiutaba	GO	522145	Trombas
MG	313960	Mantena	GO	522160	Uruaçu
MG	314330	Montes Claros	MA	210087	Araguanã
MG	315120	Pirapora	MA	210100	Arari
MG	316860	Teófilo Otoni	MA	210193	Bernardo do Mearim
MG	317020	Uberlândia	MA	210250	Cajari
MS	500320	Corumbá	MA	210275	Capinzal do Norte
MS	500570	Naviraí	MA	210380	Dom Pedro



TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO
Secretaria-Geral de Controle Externo
Sec. de Fisc. de Aval. de Prog. de Gov.

MT	510250	Cáceres	MA	210409	Formosa da Serra Negra
MT	510515	Juína	MA	210410	Fortaleza dos Nogueiras
MT	510760	Rondonópolis	MA	210470	Graça Aranha
PA	150170	Bragança	MA	210580	Lago do Junco
PA	150180	Breves	MA	210600	Lima Campos
PA	150240	Castanhal	MA	210632	Maracaçumé
PA	150360	Itaituba	MA	210637	Maranhãozinho
PA	150550	Paragominas	MA	210735	Nova Olinda do Maranhão
PA	150670	Santana do Araguaia	MA	210810	Paulo Ramos
PA	150680	Santarém	MA	210840	Peri Mirim
PB	250370	Cajazeiras	MA	210845	Peritoró
PB	250400	Campina Grande	MA	210930	Presidente Vargas
PE	260110	Araripina	MA	210980	Santa Helena
PE	260170	Belo Jardim	MA	211020	Santa Rita
PE	261640	Vitória de Santo Antão	MA	211160	São Raimundo das Mangabeiras
PI	220390	Floriano	MA	211180	Sítio Novo
PI	220770	Parnaíba	MG	310180	Alpercata
PR	410830	Foz do Iguaçu	MG	310200	Alterosa
RJ	330100	Campos dos Goytacazes	MG	310350	Araguari
RJ	330190	Itaboraí	MG	310730	Bocaiúva
RN	240800	Mossoró	MG	310940	Buritizero
RO	110012	Ji-Paraná	MG	311030	Caldas
SE	280290	Itabaiana	MG	311110	Campina Verde
TO	170070	Alvorada	MG	311160	Campos Gerais
TO	170210	Araguaína	MG	311940	Coronel Fabriciano
TO	170950	Gurupi	MG	312910	Gurinhata
TO	171610	Paraíso do Tocantins	MG	313230	Itaipé
			MG	313270	Itambacuri
			MG	313470	Jacinto
			MG	313580	Jequitinhonha
			MG	317150	Mathias Lobo
			MG	315170	Poço Fundo
			MG	316870	Timóteo
			MG	317010	Uberaba
			MG	317080	Várzea da Palma
			MS	500060	Amambai
			MS	500330	Coxim
			MS	500520	Ladário
			MT	510140	Aripuanã
			MT	510285	Castanheira
			MT	510395	Glória d'Oeste
			MT	510562	Mirassol d'Oeste
			MT	510637	Pedra Preta
			MT	510700	Poxoréo
			PA	150070	Anajás
			PA	150090	Augusto Corrêa
			PA	150276	Cumaru do Norte
			PA	150280	Curralinho



TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO
Secretaria-Geral de Controle Externo
Sec. de Fisc. de Aval. de Prog. de Gov.

PA	150309	Goianésia do Pará
PA	150340	Inhangapi
PA	150375	Jacareacanga
PA	150390	Juruti
PA	150480	Monte Alegre
PA	150495	Nova Esperança do Piriá
PA	150619	Rurópolis
PA	150650	Santa Isabel do Pará
PA	150658	Santa Maria das Barreiras
PA	150803	Tracuateua
PB	250215	Boa Vista
PB	251240	Puxinanã
PB	251450	São José de Piranhas
PE	260730	Ipubi
PE	261130	Pombos
PE	261140	Primavera
PE	261240	Sanharó
PE	261300	São Bento do Una
PE	261560	Trindade
PI	220191	Bom Princípio do Piauí
PI	220335	Dirceu Arcoverde
PI	220510	Itaueira
PI	220530	Jerumenha
PI	220570	Luís Correia
PR	410990	Icaraíma
PR	412405	Santa Terezinha de Itaipu
PR	412570	São Miguel do Iguaçu
RJ	330080	Cachoeiras de Macacu
RJ	330480	São Fidélis
RJ	330575	Tanguá
RN	240110	Areia Branca
RN	240440	Grossos
RO	110015	Ouro Preto do Oeste
RO	110180	Vale do Paraíso
SE	280100	Campo do Brito
SE	280410	Moita Bonita
TO	170035	Aliança do Tocantins
TO	170310	Barrolândia
TO	170386	Cariri do Tocantins
TO	170700	Dianópolis
TO	170765	Figueirópolis
TO	170820	Formoso do Araguaia
TO	171370	Monte Santo do Tocantins
TO	171488	Nova Olinda
TO	171575	Palmeirópolis
TO	171720	Piraquê
TO	172097	Talismã



Apêndice F – Estatísticas descritivas sobre cobertura do PSF e visitas e consultas médicas

Estatísticas descritivas sobre cobertura do PSF e visitas e consultas médicas dos municípios prioritários do Brasil. Período: 1999 a 2005.

	Nº de municípios com ESF	Média aritmética	Desvio padrão	Mediana	Coefficiente de Assimetria
Índice de visitas médicas 1999	114	412,15	597,20	183,38	3,05
Índice de visitas médicas 2000	153	426,38	684,07	203,77	4,02
Índice de visitas médicas 2001	171	475,58	1202,17	247,86	9,15
Índice de visitas médicas 2002	188	528,06	2538,28	244,02	13,35
Índice de visitas médicas 2003	194	312,61	363,07	216,63	5,13
Índice de visitas médicas 2004	197	254,99	248,14	182,53	2,95
Índice de visitas médicas 2005	200	147,47	143,72	110,37	2,95
Índice de consultas médicas 1999	114	2866,35	2472,84	2541,41	2,43
Índice de consultas médicas 2000	153	3242,31	3048,34	2814,93	3,84
Índice de consultas médicas 2001	171	7468,33	36077,91	3517,68	12,21
Índice de consultas médicas 2002	188	5439,41	13349,82	3856,17	10,62
Índice de consultas médicas 2003	194	4136,58	3108,30	3773,29	7,65
Índice de consultas médicas 2004	197	3681,68	1407,00	3590,00	0,88
Índice de consultas médicas 2005	200	2799,01	3845,95	2432,15	12,53
Cobertura PSF 1999	201	7,96	14,43	1,51	2,95
Cobertura PSF 2000	201	16,22	19,72	8,64	1,61
Cobertura PSF 2001	201	24,90	24,41	18,16	1,14
Cobertura PSF 2002	201	35,22	26,49	29,83	0,61
Cobertura PSF 2003	201	39,53	27,68	34,60	0,45
Cobertura PSF 2004	201	43,40	28,86	37,20	0,36
Cobertura PSF 2005	201	46,38	28,29	41,01	0,28

Fonte: SIAB e DAB/MS.

Como pode ser observado, o coeficiente de assimetria das distribuições dos índices de visitas e consultas médicas ficaram acima do valor 2,0. Assim, optou-se por fazer uso da mediana para descrever o comportamento dos índices. Quando o coeficiente de assimetria é superior a 2,0, a média aritmética deixa de refletir de forma precisa os valores observados. Quando a assimetria é positiva, a média é super-estimada e quando é negativa, a média é sub-estimada¹².

Do total de municípios prioritários, cinco foram desconsiderados nas análises em razão de insuficiência de dados: Curionópolis (PA), Itupiranga (PA), Tailândia (PA), Barra (BA) e Niterói (RJ).

As mesmas análises, utilizando os mesmos critérios, foram efetuadas com os municípios prioritários da região Nordeste. Os resultados estão dispostos subseqüentemente.

¹² Miles, J. & Shevlin, M. (2001). Applying regression & correlation. Sage: London



Estatísticas descritivas sobre cobertura do PSF e visitas e consultas médicas dos municípios prioritários do Nordeste. Período: 1999 a 2005.

	Nº de municípios	Média	Mediana	D.P.	Coefficiente de assimetria
Índice de visitas médicas 1999	38	426.67	280.37	585.71	4.65
Índice de visitas médicas 2000	55	522.27	260.72	876.88	4.23
Índice de visitas médicas 2001	63	371.53	275.20	286.99	1.25
Índice de visitas médicas 2002	72	280.59	217.60	214.90	1.87
Índice de visitas médicas 2003	74	255.80	202.71	189.52	1.82
Índice de visitas médicas 2004	76	232.35	168.71	186.49	2.63
Índice de visitas médicas 2005	77	131.48	111.96	107.01	3.22
Índice de consultas médicas 1999	38	3109.21	3408.13	1715.70	-0.32
Índice de consultas médicas 2000	55	3594.08	3377.11	2615.36	2.76
Índice de consultas médicas 2001	63	4757.99	3656.04	8042.74	7.29
Índice de consultas médicas 2002	72	4477.72	3806.85	4832.86	6.42
Índice de consultas médicas 2003	74	3858.79	3687.14	2234.45	4.56
Índice de consultas médicas 2004	76	3456.06	3433.57	1195.15	0.35
Índice de consultas médicas 2005	77	2283.57	2203.20	811.71	0.58
Cobertura PSF 1999	77	9.43	0.00	18.70	2.61
Cobertura PSF 2000	77	17.95	8.33	23.98	1.56
Cobertura PSF 2001	77	31.85	23.88	29.18	0.73
Cobertura PSF 2002	77	43.32	39.63	27.58	0.21
Cobertura PSF 2003	77	49.54	50.78	26.44	-0.03
Cobertura PSF 2004	77	56.29	58.49	26.97	-0.17
Cobertura PSF 2005	77	61.31	67.95	24.48	-0.26

Fonte: SIAB e DAB/MS.

Referências Bibliográficas



TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO
Secretaria-Geral de Controle Externo
Sec. de Fisc. de Aval. de Prog. de Gov.

BRASIL. Corregedoria-Geral da União. Nota técnica n.º 600 – DSSAU/DS/SFC/CGU-PR. *Consolidação das fiscalizações realizadas no programa “controle da hanseníase e outras dermatoses”*. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. *Saúde da população negra no Brasil*. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Guia para o controle de hanseníase*. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Nota técnica. *Situação da Hanseníase no Brasil*. Brasília, 2005.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. Auditoria de Natureza Operacional. *Acompanhamento de recomendações feitas em auditoria no Programa Saúde da Família*. Acórdão n.º 1.175/2005-TCU-Plenário (TC n.º 15.347/2004-2). Brasília, 2005.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. *Manual de auditoria de natureza operacional*. Brasília, 2000.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. *Roteiro para elaboração de relatórios de auditoria de natureza operacional*. Brasília, 2004.

MCDUGALL, A. C.; YUASA, Y. *A new atlas of leprosy*. Sasakawa Memorial Health foundation. Tokyo, Japan, 2002.

MORHAN. *Relatório consolidado do 1º seminário nacional de antigos hospitais-colônia de hanseníase*. Rio de Janeiro, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Organização Pan-Americana da Saúde. *Monitoramento da Eliminação da Hanseníase (LEM) Brasil 2003*. Brasília, 2004.

VELLOSO, A. P.; ANDRADE, V. *Hanseníase – curar para eliminar*. Porto Alegre, 2002.



Glossário

1. **AVALIAÇÃO DERMATOLÓGICA** – identificação de lesões de pele com alteração de sensibilidade.
2. **AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA** – identificação de neurites, incapacidades e deformidades.
3. **BACILOSCOPIA** – exame microscópico onde se observa o *Mycobacterium leprae* diretamente nos esfregaços de raspados intradérmicos.
4. **BLISTER** – cartela contendo drágeas dos quimioterápicos utilizados no tratamento da hanseníase (PQT).
5. **BUSCA ATIVA** – atividades que visam à detecção de casos novos da doença com ênfase na vigilância de contatos e em ações intensivas junto à população (ex: campanha de detecção).
6. **COMUNICANTE (ou CONTACTANTE)** – qualquer pessoa que resida ou tenha residido com o doente nos últimos cinco anos.
7. **CONTROLE** – quando aplicado a doenças transmissíveis e algumas não transmissíveis, significa operações ou programas desenvolvidos com o objetivo de reduzir sua incidência e/ou prevalência a níveis muito baixos.
8. **COORTE** – conjunto de pessoas que têm em comum um atributo relativo a um dado período de tempo.
9. **COSO** – instituição destinada à melhoria das análises financeiras considerando a ética, a efetividade dos controles internos e a governança corporativa.
10. **DERMATOSE** – designação genérica de doenças da pele; dermatopatia; dermopatia.
11. **DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA** – doenças que, devido à sua importância epidemiológica e em saúde pública, devem ter os seus casos (suspeitos ou confirmados) obrigatoriamente notificados às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e à Fundação Nacional de Saúde.
12. **DOENÇAS EXANTEMÁTICAS** – doenças infecciosas sistêmicas em que as manifestações cutâneas acompanham o quadro clínico do paciente, sendo um dado fundamental para o diagnóstico (ex: sarampo, rubéola, escarlatina).
13. **ELIMINAÇÃO** – significa reduzir a carga da doença a um nível consideravelmente baixo, de modo a não mais constituir um problema de saúde pública; a OMS define a eliminação da hanseníase como uma taxa de prevalência de menos de 1 caso por 10.000 habitantes.
14. **ENDEMIAS** – é a presença contínua de uma enfermidade ou de um agente infeccioso em uma zona geográfica determinada; pode também expressar a prevalência usual de uma doença particular numa zona geográfica.
15. **EPIDEMIOLOGIA** – estudo das inter-relações dos vários determinantes da frequência e distribuição de doenças num conjunto populacional
16. **EXAME DERMATONEUROLÓGICO** – exame físico visando a detectar lesões na pele e nos nervos periféricos, principalmente nos olhos, mãos e pés.
17. **HANSENIANO** – pessoa portadora de hanseníase.



18. **INCAPACIDADE** – redução efetiva e acentuada da capacidade de integração social, com necessidade de equipamento, adaptações, meios ou recursos especiais para que a pessoa portadora de deficiência possa receber ou transmitir informações necessárias ao seu bem estar pessoal e ao desempenho de função ou atividade a ser exercida.
19. **INCIDÊNCIA** – número de casos novos de uma doença ocorridos em uma população particular durante período específico de tempo.
20. **INDICADOR DE IMPACTO** – instrumento de avaliação da relação entre os resultados (impactos observados) e os objetivos (impactos esperados).
21. **MORBIDADE** – é como se apresenta o comportamento de uma doença ou de um agravo à saúde em uma população exposta. Relação entre o número de pessoas sãs e doentes, ou de doenças, num dado tempo e quanto a determinada doença.
22. **MULTIBACILAR (MB)** – casos com mais de cinco lesões de pele; forma contagiante da doença.
23. **MYCOBACTERIUM LEPRAE** – agente etiológico causador da hanseníase.
24. **NOTIFICAÇÃO** – informação periódica do registro de doenças de notificação compulsória, obtidas por meio de todas fontes notificadoras.
25. **ÓRTESE** – dispositivo exoesquelético que, aplicado a um (ou vários segmentos do corpo), tem a finalidade de mantê-lo na postura mais correta em uma posição de descanso, realinhamento ou atividade controlada; prioriza o resgate funcional mais do que o resgate da imagem física.
26. **PARLATÓRIO** – palanque em que ficavam os hansenianos, a cinco ou seis metros da cerca que delimitava o hospital, para conversar com as visitas, que, por sua vez, não tinham permissão para entrar.
27. **PAUCIBACILAR (PB)** – casos com até cinco lesões de pele; não contaminam outras pessoas.
28. **POLIQUIMIOTERAPIA (PQT)** – conjunto de medicamentos constituído por rifampicina, dapsona e clofazimina. Vem sendo indicada pela OMS e pelo MS para o tratamento da hanseníase.
29. **PREVALÊNCIA** – número de casos clínicos ou de portadores existentes em determinado momento, em uma comunidade, dando uma idéia estática da ocorrência do fenômeno. Pode ser expressa em números absolutos ou em coeficientes.
30. **PREVENÇÃO** – termo que, em saúde pública, significa a ação antecipada, tendo por objetivo interceptar ou anular a ação de uma doença.
31. **PREVENÇÃO DE INCAPACIDADES** – medidas visando a evitar a ocorrência de danos físicos, emocionais e sócio-econômicos. No caso de danos já existentes, a prevenção significa medidas visando evitar as complicações de incapacidades.
32. **PRÓTESE** – substituto artificial de uma parte do corpo (dente, braço mecânico).
33. **REABILITAÇÃO** – processo de duração limitada e com objetivo definido, destinado a permitir que a pessoa com deficiência alcance o nível físico, mental ou social funcional ótimo, proporcionando-lhe os meios de modificar sua própria vida, podendo compreender medidas visando a compensar a perda de uma função ou uma limitação funcional e facilitar ajustes ou reajustes sociais. Processo que visa a corrigir e/ou compensar danos físicos, emocionais e sócio-econômicos, considerando a capacidade e necessidade de cada indivíduo, adaptando-o à sua realidade.
34. **REFERENCIAÇÃO** – encaminhamento para serviço especializado – da rede de atendimento – adequado à situação clínica identificada, necessitando-se de autorização para a realização da consulta ou do exame.



35. **SAÚDE** – estado de completo bem estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença segundo a OMS.
36. **TELEHANSEN** – serviço telefônico prestado e mantido pela Morhan, de caráter informativo e que acolhe denúncias.
37. **VACINA** – preparação contendo microorganismos vivos ou mortos ou suas frações, possuidora de propriedades antigênicas. As empregadas para induzir em um indivíduo a imunidade ativa e específica contra um microorganismo.
38. **VIGILÂNCIA DE CONTATOS** – busca sistemática de novos casos de hanseníase entre as pessoas que convivem com o doente (comunicantes).
39. **VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA** – conjunto de atividades que proporcionam a informação indispensável para conhecer, detectar ou prever qualquer mudança que possa ocorrer nos fatores condicionantes do processo saúde-doença, com a finalidade de recomendar, oportunamente, as medidas indicadas que levem à prevenção e ao controle das doenças.