

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
CURSO DE GESTÃO EM SAÚDE

VERA LÚCIA TREVISOL

**GESTÃO DO PROGRAMA DE CONTROLE DA HANSENÍASE EM UM ESTADO
DE BAIXA ENDEMICIDADE**

Porto Alegre 2022

Vera Lúcia Trevisol

**GESTÃO DO PROGRAMA DE CONTROLE DA HANSENÍASE EM UM ESTADO
DE BAIXA ENDEMICIDADE**

Trabalho de Conclusão de Curso de Gestão
em Saúde, da Universidade Federal de
Ciências da Saúde de Porto Alegre, como
requisito parcial para obtenção do título de
Bacharel de Gestão em Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Alessandra Dartora da
Silva

Porto Alegre 2022

Agradecimentos

Agradeço à minha amada filha, Paola, por ser o motivo, inspiração e energia necessária para prestar a prova do ENEM.

Agradeço a todos os contribuintes do país que possibilitam a existência das universidades públicas e gratuitas.

A todo o corpo docente da UFCSPA, em especial à minha orientadora Dr^a Alessandra D. Silva.

Aos meus avaliadores, o prof^o Dr. Marcelo S. de Azambuja e à Me. Luciana Otero Lima por terem aceitado participar da banca.

Toda a gratidão aos colegas de trabalho do ADS, que nos momentos difíceis não deixaram que eu desistisse do curso.

Dedico com carinho este trabalho à Coordenadora do PECH, Márcia Lira, e aos(às) coordenadores(as) das CRS/RS por terem me ajudado a compreender sobre a gestão do programa.

Para finalizar um especial agradecimento às pessoas acometidas pela hanseníase pela oportunidade de, junto a eles, vivenciar de todas as dores e alegrias da vida de quem carrega consigo esta marca.

Presentemente eu posso me considerar um sujeito de sorte Porque apesar de “muito moço”,
me sinto são e salvo e forte.

E tenho comigo pensado, Deus é brasileiro e anda do meu lado.

E assim já não posso sofrer no ano passado Tenho sangrado demais, tenho chorado pra
cachorro Ano passado eu morri, mas esse ano eu não morro.

Tenho sangrado demais, tenho chorado pra cachorro Ano passado eu morri, mas esse ano eu
não morro.

Ano passado eu morri, mas esse ano eu não morro Ano passado eu morri, mas esse ano eu não
morro.

SUJEITO DE SORTE, do cantor e compositor Belchior

RESUMO

Objetivos: Hanseníase é uma doença infectocontagiosa, incapacitante, endêmica e negligenciada, tornando-se, assim, um problema de saúde pública no Brasil, visto que ocupa o segundo lugar em número de casos no mundo. No que diz respeito ao Rio Grande do Sul, ela é um agravo de baixa endemicidade, no entanto, o diagnóstico é tardio, evidenciando-se pela maior proporção de casos com um grau de incapacidade visível e/ou sequelas. Tendo em vista esse panorama, este trabalho objetiva conhecer a implementação do Programa Nacional de Controle da Hanseníase no estado do Rio Grande do Sul por meio dos gestores das Coordecandorias Regionais de Saúde, identificando as ações realizadas no que tange à hanseníase.

Método: Pesquisa exploratória descritiva de abordagem qualitativa, realizada através de entrevistas com a utilização de um roteiro estruturado e análise de conteúdo. A amostra é composta por 10 (dez) participantes de uma população de 18(dezoito) das CRS.

Resultados: A abrangência do estudo foi de 55% das CRS e 100% das macro-regiões de saúde. O grupo é composto por servidores do Estado majoritariamente do sexo feminino, com média de idade de 45 anos, média de 09 (nove) anos de atuação no programa da hanseníase, todos possuem ensino superior, com formação predominante no curso de enfermagem.

As ações de descentralização do cuidado em hanseníase para APS no estado são incipientes, com vários problemas estruturais, de recursos humanos, de rotatividade, da falta de experiência dos profissionais na rede de serviços, da baixa endemicidade, da dependência do profissional médico dermatologista, da forte necessidade do serviço de referência estadual para diagnóstico e tratamento, da ausência de vigilância em saúde ativa e de campanhas de prevenção.

Conclusão: É necessário reestruturar e estruturar a rede de serviços em hanseníase nas macrorregionais de saúde, criar espaços de diálogos para troca de experiências entre os atores na construção coletiva de um cuidado interdisciplinar.

Descritores: Hanseníase, descentralização, Atenção Primária em Saúde.

SUMMARY

Objectives: Leprosy is an infectious, disabling, endemic and neglected disease, thus becoming a public health problem in Brazil, as it ranks second in number of cases in the world. With regard to Rio Grande do Sul, it is a disease of low endemicity, however, the diagnosis is late, evidenced by the higher proportion of cases with a degree of visible disability and/or sequelae. In view of this panorama, this work aims to know the implementation of the National Leprosy Control Program in the state of Rio Grande do Sul through the managers of the Regional Health Coordinations CRS, identifying the actions carried out with regard to leprosy.

Method: Descriptive exploratory research with a qualitative approach, carried out through interviews using a structured script and content analysis. The sample consists of 10 (ten) participants from a population of 18 (eighteen) from the Regional Health Coordinations.

Results: The scope of the study was 55% of the CRS and 100% of the health macro-regions. The group is composed mostly of female State servants, with an average age of 45 years, an average of 09 (nine) years of experience in the leprosy program, all have higher education, with predominant training in the nursing course. Actions for the decentralization of leprosy care for PHC in the state are incipient, with several structural problems, human resources, turnover, lack of experience of professionals in the service network, low endemicity, dependence on dermatologists, strong need for a state reference service for diagnosis and treatment, the absence of active health surveillance and prevention campaigns.

Conclusion: It is necessary to restructure and structure the leprosy service network in macro-regional health centers, create spaces for dialogue to exchange experiences between actors in the collective construction of interdisciplinary care.

Descriptors: Leprosy, decentralization, Primary Health Care.

Lista de abreviaturas e siglas

ADS – Ambulatório de Dermatologia Sanitária

APS - Atenção Primária em Saúde

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CNS- Conselho Nacional de Saúde

COVID 19 - Doença por Coronavírus 2019

CRS - Coordenadorias Regionais de Saúde

ESF- Estratégia Saúde da Família

GIF – Grau de Incapacidade Física

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

MB – Multibacilar

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

PECH - Programa Estadual de Controle da Hanseníase

PNCH - Programa Nacional de Controle da Hanseníase

PQT – Poliquimioterapia

PQT – U - Poliquimioterapia-Única

RS – Rio Grande do Sul

SAE – Serviço de Atendimento Especializado

SES - Secretaria Estadual da Saúde

SINAN - Sistema de Informações de Agravos de Notificação

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre Esclarecido

UFCSPA - Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS	13
2.1 Objetivo Geral.....	13
2.2 Objetivos específicos.....	13
3 JUSTIFICATIVA	14
4 REFERENCIAL TEÓRICO	15
5 METODOLOGIA.....	20
5.1 Delineamento do estudo	20
5.2 Cenário do estudo	20
5.3 População do estudo	20
5.3.1 Critérios de inclusão	21
5.3.2 Critérios de exclusão	21
5.4 Técnicas e instrumento de coleta de dados.....	21
5.5 Análise de dados	21
5.6 Aspectos éticos	22
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	23
6.1 Informações sobre os entrevistados e o território das CRS.....	23
6.2 Conversando sobre a gestão do programa da Hanseníase no RS	24
6.2.1 Avaliação dos indicadores de monitoramento e tamanho da CRS	24
6.2.2 Formação e atualização dos profissionais da rede.....	255
6.2.3 Ações de diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos doentes.....	26
6.2.4 Vigilância da doença nos municípios e campanhas de prevenção para a comunidade	28
6.2.5 Processo de implementação da rede e a idealizada para o programa na regional	29
7 DIFICULDADES, POTENCIALIDADES E SUGESTÕES	31

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	32
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	34
APÊNDICE 1	36
APÊNDICE 2	37
APÊNDICE 3	40

1 INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa, de percurso crônico, com manifestações dermatoneurológicas, causada pelo bacilo *Mycobacterium leprae* que tem preferência pelos nervos periféricos e, devido a isso, pode ocasionar incapacidades físicas e repercussões psicossociais. Insere-se no grupo das doenças negligenciadas, com prevalência em áreas onde a população está em situação de vulnerabilidades. O guia de vigilância do Ministério da Saúde (MS), de 2021, traz como principais objetivos para o controle da hanseníase:

- Detectar e tratar precocemente os casos novos, a fim de interromper a cadeia de transmissão e prevenir as incapacidades físicas.
- Examinar e orientar contatos de casos novos de hanseníase, com enfoque na detecção em fase inicial da doença e na redução das fontes de transmissão.
- Examinar e orientar os indivíduos que residem em áreas de elevada endemicidade (áreas territoriais de maior risco), com enfoque na detecção precoce e na redução das fontes de transmissão.

[...] A descoberta do caso de hanseníase é feita por meio da detecção ativa (investigação epidemiológica de contatos e exame de coletividade, como inquéritos e campanhas) e passiva (demanda espontânea e encaminhamento). (BRASIL, 2021 pg 454).

A estratégia global da Organização Mundial da Saúde (OMS) para a Hanseníase 2021–2030, chamada de “Rumo a Zero Hanseníase”, ambiciona a interrupção da transmissão da doença e a obtenção de zero caso autóctone (OMS, 2021). A “Estratégia Nacional para o Enfrentamento da Hanseníase 2019/2022” deseja reduzir a carga de hanseníase através do fortalecimento da gestão do programa, enfrentar a hanseníase e suas complicações e promover a inclusão social por meio do combate ao estigma e a discriminação (BRASIL, 2019).

No boletim epidemiológico do MS de 2021 observa-se que no ano de 2019 foram diagnosticados 202.185 casos da doença no mundo. Dessas, 29.936 ocorreram na região das Américas e 27.864 (93%) foram notificadas pelo Brasil. Devido a estes números, o Brasil é classificado como um país de alta carga da doença, ocupando o 2º lugar, perdendo apenas pela Índia em número de casos. (MS, 2021 pg 9) Devido a esse panorama o MS preconiza a integração das ações de vigilância em saúde com a Atenção Primária em Saúde (APS) para o

enfrentamento da hanseníase por ser o serviço preferencial de porta de entrada do paciente ao sistema de saúde e estar no território onde a pessoa e a família residem, com melhores condições de conhecer os riscos e vulnerabilidades daquela área devido a proximidade física (MS,2020).

No entanto, os pesquisadores apontam que, apesar de já ter se passado duas décadas do início do processo de descentralização das ações de controle da hanseníase para a APS, as atividades desenvolvidas por elas ainda são “incipientes”, apresentando vários obstáculos de ordem operacional, técnica e administrativa para a efetivação do programa (SOUZA, *et al*, 2017)

A hanseníase, no Brasil, é uma doença de notificação compulsória e investigação obrigatória, nos permitindo acompanhar os indicadores epidemiológicos por meio dos boletins emitidos. Desta forma, podemos identificar que em todos os estados apresentam-se casos da doença, distribuídas de forma bem heterogênea. As regiões norte, nordeste e centro-oeste, em 2019, foram consideradas regiões de alta a média endemicidade, enquanto que neste mesmo período o estado de Mato Grosso apresentou uma taxa de detecção geral de 129,38 casos por 100 mil habitantes e o estado de Tocantins ocupou a segunda posição com 96,44 casos novos por 100 mil habitantes. É considerado hiperendêmico quando o coeficiente de detecção for acima de 40 casos novos por 100 mil habitantes. (BRASIL, 2021)

Os estados do Rio Grande do Sul (RS) e Santa Catarina apresentaram baixa endemicidade, com detecção de casos novos abaixo de 2 por 100 mil habitantes ao ano. Apesar do RS estar em uma situação mais favorável em número de casos com relação aos demais estados do país, existe outros indicadores preocupantes se comparados com a média brasileira (BRASIL, 2021). Leite *et al* (2020) assinala que embora o governo brasileiro tenha se esforçado em fazer a descentralização das ações em hanseníase para a APS, para reduzir a carga da doença, a maioria dos casos ainda apresentam algum grau de incapacidade física no momento do diagnóstico, o que sugere fragilidades dos serviços de saúde (LEITE, 2020). O grau de incapacidade física 2 (GIF2), o mais alto grau, são deformidades físicas visíveis causadas pela doença, sendo um importante indicador, porque evidencia o diagnóstico tardio. No Brasil em 2019 foram registrados 2.351 com GIF2 no momento da notificação, representando 9,9% dos casos, enquanto que no RS a proporção foi de 25,8%. Outros indicadores também são preocupantes se compararmos com a média brasileira, como: a proporção de casos multibacilares (MB), forma clínica mais contagante, no RS são 84,4%, enquanto no país são 78,4%; os contatos examinados, indicam que a busca ativa está sendo realizada, no RS foram 67,3% avaliados, enquanto que no Brasil foi de 82,4%. (BRASIL,

2021)

Apesar de o RS ser caracterizado como estado de baixa endemicidade observa-se que o diagnóstico é feito tardiamente, devido à proporção de casos com GIF2 e MB no diagnóstico, além da baixa avaliação de contatos propiciando dessa forma que o bacilo circule por mais tempo no meio promovendo novos doentes. Para agravar o cenário as pesquisadoras Leite *et al* (2020), lembram que as ações de controle na APS, ainda são limitadas e que, na maioria das vezes, a assistência ao paciente com hanseníase é centralizada nos serviços especializados (LEITE, 2020) dificultando, desta forma, o tratamento e acompanhamento do paciente e até a conclusão deste, assim como, a busca, avaliação e acompanhamento dos contatos domiciliares e sociais, devido à distância territorial. Portanto, destaca-se que é muito importante conhecer como está implementado o Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH) no estado do RS.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Conhecer a implantação e implementação do Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH) no estado do Rio Grande do Sul (RS) por meio dos (as) gestores (as) das Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), por meio das ações realizadas.

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar o grupo de coordenadores (as) do Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH) no estado do Rio Grande do Sul;
- Identificar as ações desenvolvidas pelos coordenadores no processo de implantação e implementação do programa de controle da hanseníase;
- Identificar as ações desenvolvidas pelos profissionais da APS nos municípios do estado do Rio Grande do Sul;
- Conhecer as dificuldades e propostas trazidas pelos (as) coordenadores(as) das CRS na construção da linha de cuidado para a hanseníase no estado.

3 JUSTIFICATIVA

A inspiração para realizar esse estudo deve-se à minha atuação como enfermeira na Secretaria Estadual de Saúde no Rio Grande do Sul desde o início do ano de 2000, primeiramente atuando no Hospital Colônia Itapuã e, atualmente, no Ambulatório de Dermatologia Sanitária (ADS), onde está localizado o serviço de referência para o estado em tratamento para as pessoas acometidas por hanseníase. Ademais, por ter desenvolvido o estágio curricular obrigatório na coordenação estadual do programa. É nesse contexto, aproveitando as experiências vividas durante este período, que desenvolvi esta pesquisa, procurando aprofundar meus conhecimentos e contribuir para a efetivação da descentralização das ações do programa no estado.

Igualmente pela relevância de a OMS apresentar como proposta para os países com alta carga da doença, a estratégia global de eliminação do agravo nos territórios considerados endêmicos, com prazo até 2030. O Brasil enquadra-se nesta circunstância, ocupando o 2º lugar em número de doentes, perdendo apenas pela Índia e, necessitando, portanto, alinhar-se a essa estratégia chamada de “Rumo à Zero Hanseníase”.(OMS, 2021)

Outro aspecto relevante é a necessidade de integração das ações de vigilância em saúde com as ações da APS, visto que é a porta de entrada preferencial do sistema de saúde e por estar no território onde a pessoa e a família residem, com condições de conhecer os riscos e vulnerabilidades daquela área. Um movimento que tenderia a alterar este status de descentralização “incipiente” para APS, que mesmo depois de duas décadas ainda é evidenciado pelas pesquisas (SOUZA *et al*, 2017).

O RS, apesar de ser considerada uma região de baixa endemicidade, não está numa situação tão confortável porque o diagnóstico é feito tardiamente e a proporção de casos com GIF2 e MB no diagnóstico é alta, sem esquecer-se da baixa avaliação de contatos, propiciando, dessa forma, que o bacilo circule por mais tempo no meio ambiente possibilitando a ocorrência de novos doentes.

Esse estudo pode contribuir para o mapeamento do processo de implantação e implementação do programa de controle da hanseníase no estado, o que, direta ou indiretamente, pode subsidiar uma análise da situação, do planejamento de ações, bem como a oferta de serviços, colaborando para ampliar o acesso e a qualificação dos serviços prestados à população.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa, de evolução crônica e manifestações sistêmica, causada pelo agente etiológico *Mycobacterium leprae*, que tem preferência pela pele e pelos nervos periféricos. O modo de contágio preferencial é pelas vias respiratórias e por meio do convívio com uma pessoa doente antes de ela iniciar o tratamento. Este é realizado em âmbito ambulatorial e gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Poliquimioterapia-Única (PQT-U), terapia composta por uma associação de três tipos de antibióticos (BRASIL, 2021).

Dependendo da reatividade do sistema imunológico da pessoa ao bacilo, o paciente poderá apresentar estados reacionais. Estes episódios precisam ser manejados de forma adequada e urgente, podendo ocorrer durante e até mesmo depois de ter finalizado o tratamento com PQT-U (BRASIL, 2021). Por atingir o sistema nervoso periférico, sua principal característica são os danos neurais, como a perda da sensibilidade, da força muscular, bem como de danos à pele levando a importantes incapacidades físicas e evoluir para deformidades definitivas. (NETA, 2017)

Houve uma redução importante de 95% da carga da hanseníase no mundo após a introdução da PQT pela OMS para o tratamento na década de 80. Por conta disto, a OMS conseguiu atingir a meta de menos de um caso da doença a cada 10.000 habitantes no mundo nos anos 2000. Porém, alguns países ainda não alcançaram a meta de eliminação da hanseníase como um problema de saúde pública (BRASIL, 2019). Os dados da OMS mostram uma carga de 202.256 casos novos detectados no mundo da doença no ano de 2019, 79% estando distribuídos entre a Índia, o Brasil e a Indonésia. (OMS, 2021)

A nova estratégia da OMS para 2021-2030 denomina-se “*Rumo a Zero Hanseníase*”, tem como meta a eliminação da doença e sua transmissão nos países que ainda tem uma carga alta de infecção. Esta estratégia prevê uma redução anual de 70% de novos casos detectados, 90% da taxa de novos casos com incapacidade de grau 2 e 90% da taxa de casos novos de hanseníase em crianças, para chegar em 2030 sem casos de hanseníase sendo transmitidos de forma autóctone. (OMS, 2021) São propostas bastante ousadas para os países que ainda não eliminaram a hanseníase como um problema de saúde pública, na qual o Brasil se encontra inserido. Apesar de a hanseníase ser uma doença milenar e o Brasil já ter empreendido várias estratégias, como a implantação dos tratamentos ambulatoriais com PQT aos doentes desde a década 1991, demonstrando ser a principal responsável pela tendência de queda no número de casos, a doença persiste como um problema grave com números ainda preocupantes. No ano

de 2019, o Brasil contribuiu com 27.864 casos novos, colocando-o em segundo lugar na endemia (BRASIL, 2019). É uma patologia de notificação compulsória, registrada e acompanhada pela vigilância e pela política de saúde, através dos Registros no Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN). Para avançar contra a doença, o MS lançou a Estratégia Nacional para Enfrentamento da Hanseníase para o período de 2019 à 2022. A proposta inclui atividades de capacitação de profissionais da rede de atenção do SUS para o tratamento, com maior atenção aos municípios de alta endemicidade, porém incluindo as cidades sem casos recentes da patologia para que a doença não permaneça na invisibilidade dos profissionais. (MS, 2019)

O boletim epidemiológico da hanseníase de 2020 aponta que as maiores dos episódios da doença foram registradas no estado do Mato Grosso, seguido do Maranhão, Pará e Pernambuco, com mais de mil casos em cada um. O Maranhão apresentou o maior número de casos em crianças menores de 15 anos, sendo um indicador importante para avaliar o nível de endemicidade. Observa-se que a distribuição da doença no país é desigual entre as regiões. Os dados apresentados pelo MS sugerem que a busca ativa e a avaliação de contatos domiciliares e sociais estão sendo negligenciadas pelos serviços de saúde, associadas ao percentual de 79,5% dos novos diagnósticos, entre todos os casos, serem formas clínicas multibacilares (MB), indicando diagnóstico tardio, incapacidades físicas e disseminação da infecção. (MS, 2021)

Cavalcante *et al.*(2020), consideram que a hanseníase é uma doença negligenciada, com estreita relação entre as condições de vida e processo saúde-doença, onde as possíveis conjunturas protetoras da população são: menor desigualdade social, melhor desenvolvimento humano, maior cobertura de saúde e programas de transferência de renda.

Estando dentro da lista das infecções negligenciadas pelo poder público, ela recebe a influência dos determinantes sociais, como moradia, alimentação, educação, renda e saneamento ambiental, assim como a rota de migração interna das pessoas em busca de trabalho e renda. (BOIGNY, 2019) Por ela estar associada às condições socioeconômicas desfavoráveis, outros pesquisadores confirmam que a melhoria destas condições impacta positivamente na redução da carga da doença.

O estudo de Da Fonseca Azevedo Araújo *et al* (2020) demonstra que a melhoria do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) dos paraibanos, na década de 2010, através das políticas de inclusão e a expansão da APS, aumentou a detecção no primeiro momento e posteriormente houve a redução nos números de casos, principalmente entre crianças e

adolescentes. O autor credita o fato de que a melhoria da qualidade de vida da população, resolvendo suas necessidades mais básicas, permitiu que posteriormente se percebesse a doença. Porém, como ainda persistem as situações de pobreza e extrema pobreza, se evidencia a importância de continuar o combate às iniquidades, com a promoção das políticas sociais, sobretudo o acesso à saúde, e o fortalecimento do SUS e da APS, que ajudam a promover a equidade e assistência de qualidade para o controle da endemia (DA FONSECA AZEVEDO ARAÚJO *et al*, 2020).

A Política Nacional de Saúde está alicerçada no SUS, em que a APS possui um papel de destaque, sendo a principal porta de entrada e ordenadora para o sistema. Ela se estrutura fundamentalmente através da Estratégia Saúde da Família (ESF), onde a implantação destes serviços expressa a sua magnitude. A implementação das ações de controle da hanseníase nela é considerada a melhor estratégia porque facilita a divulgação dos sinais e sintomas para a comunidade, o acesso das pessoas aos serviços de saúde e o desenvolvimento das ações de vigilância dos contatos domiciliares e sociais devido à proximidade com a sociedade (LEITE *et al*, 2020). O conhecimento sobre a doença influencia a capacidade de autonomia do sujeito para o cuidado, o que é fundamental para o alcance das ações preventivas (CAVALCANTE *et al*, 2020).

A APS é defendida pelo MS e pelos profissionais de saúde como a estratégia potencializadora para o PNCH devido sua capilaridade e a territorialidade. Todavia, existem alguns problemas que fragilizam a continuidade do programa pelas equipes das ESF, como a sobrecarga de ações de responsabilidade das unidades, a frequente rotatividade dos profissionais, o pouco envolvimento destes e sua baixa capacitação para realizar o diagnóstico correto e precoce da doença, somado a falta de recursos físicos e humanos (CAVALCANTE *et al*. 2020). Leite *et al* (2020), além de concordar em parte com Cavalcante, também aponta que há dificuldades na APS para a integração das ações em hanseníase, sendo os principais motivos o número reduzido de profissionais capacitados e a baixa adesão das medidas de vigilância de contatos. Para Kessler *et al*. (2018), residir em municípios com cobertura dos serviços da ESF, de 65% ou mais, aumenta em 2,9 vezes a chance das equipes ofertarem ações para prevenção de hanseníase. O estudo demonstrou que a existência da ESF fortalece a promoção da saúde da população no RS.

Apesar do estado do RS apresentar números de baixa endemicidade para hanseníase, os últimos dados mostram que a proporção de casos novos de MB é de 85%, com GIF2 em 25%, cura de 62,9% dos casos e 67,3% de avaliação de contatos, indicando ser um estado que diagnostica tardiamente, tratando e avaliando abaixo do pactuado e com baixos índices de

cura e avaliação de contatos (MS, 2021). Kessler *et al.* (2018), ao investigar as ofertas de ações educativas e de promoção da saúde no estado em associação com fatores demográficos e cobertura da ESF, observou que as maiores ofertas ocorriam em municípios com menor porte e com maior cobertura da ESF e que as ações eram voltadas para outras morbidades (saúde da mulher, hipertensão e diabetes), sendo que apenas em 21% das ESF os profissionais abordaram ações e temas educativos em relação a hanseníase para a população.

Ao observar o itinerário terapêutico percorrido pelos pacientes em busca de diagnóstico e tratamento de hanseníase, ficam expostas as fragilidades do sistema de saúde e as dificuldades ainda enfrentadas em relação ao acesso aos serviços, à integralidade do atendimento e a equidade, princípios basilares do SUS. Lima *et al* (2021) mostra que o doente passa por um percurso difícil na rede até conseguir o diagnóstico, realizar os exames necessários e fazer o tratamento. Revela também o despreparo dos profissionais em reconhecer os primeiros sinais da doença, a falta de exames básicos na APS como: avaliação neurológica simplificada e baciloscópico. (LIMA *et al*, 2020)

Estes achados demonstram lacunas na formação profissional, bem como as falhas operacionais e o modelo de organização dos serviços, constatando a ausência de fluxo e de conhecimento dos protocolos para o tratamento integral. Desta forma, oportuniza-se um diagnóstico tardio e, conseqüentemente, leva a instalação das deformidades visíveis, reforçando o estigma associado à doença (LIMA *et al*, 2021).

Evidencia-se que, apesar da expansão da APS, os cuidados em hanseníase ainda são realizados em serviços de referência sob a responsabilidade de poucos profissionais especialistas e sem a participação efetiva da equipe multidisciplinar da APS. Os atendimentos são centralizados longe de seus domicílios, contribuindo de maneira negativa para a prevenção, a vigilância e o acompanhamento dos pacientes e seus contatos, além da falta de apoio da gestão municipal ao programa (NETA *et al*, 2017).

O panorama acima promove a instalação das incapacidades físicas e estas reforçam o estigma e a pobreza, uma vez que limita a vida profissional e social, trazendo repercussões negativas de cunho econômico, social e psicológico para seus atingidos (DA FONSECA AZEVEDO ARAÚJO *et al*, 2020).

Considerando que as ações propostas fazem parte da lista das atividades a serem desenvolvidas pela APS por esta ser a porta de entrada para o SUS, além da grande importância que as equipes da ESF exercem na organização dos serviços nos municípios, é necessário que seus profissionais estejam habilitados e motivados para atuar e pôr em prática o combate à hanseníase. Não obstante, é preciso saber quais são as reais dificuldades,¹⁸

necessidades da APS para implementar o PNCH e propor estratégias de gestão por meio da política e vigilância realizada pelo programa estadual de hanseníase, auxiliando na implementação do acompanhamento dos pacientes.

Para concluir, o sistema de saúde precisa ser gerido dentro da nova realidade que a pandemia do COVID-19 nos impôs, mitigando as sérias consequências que a doença pode causar aos atingidos. Precisamos pensar em ferramentas em conjunto com a rede de assistência para continuar o trabalho de vigilância, educação, prevenção, diagnóstica e tratamento com maior efetividade, onde devemos estar atentos às populações mais vulneráveis e àquelas que estão sem cobertura das ESF, buscando assim equidade nas ações.

5 METODOLOGIA

5.1 Delineamento do estudo

Foi realizado um estudo exploratório descritivo de abordagem qualitativa. Que visou conhecer em profundidade como o Programa Estadual de Controle da Hanseníase (PECH) está implementado no RS.

5.2 Cenário do estudo

A pesquisa foi realizada por meio do contato telefônico e agendamento de reuniões on-line com os responsáveis pelo PECH das respectivas 18 Coordenadorias Regionais de Saúde.

O Estado é dividido em 30 regiões de saúde, as quais são definidas com base em espaços geográficos contíguos concebidos por um agrupamento de municípios limítrofes, delimitados a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes partilhados, com o intuito de agregar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. Destas regiões, condensam-se as Macrorregiões de Saúde, estas são divididas em 07 e nelas estão inseridos hospitais de referência para as Regiões de Saúde que as constituem, com competência para atender as situações mais complexas e com tecnologias de maior custo. Por fim, destas derivam-se as 18 CRS, as quais são âmbitos administrativos incumbidos pelo planejamento, acompanhamento e gerenciamento das ações e serviços de saúde em seu território (RIO GRANDE DO SUL, 2020).

5.3 População do estudo

A pesquisa foi realizada por meio de convite através correio eletrônico com os 18 coordenadores do PECH das CRS explicando a pesquisa e solicitando a participação. Também foi criado um grupo no WhatsApp com a inclusão dos 18 coordenadores para sanar as dúvidas sobre a pesquisa. Aos que se prontificaram participar foi enviado por e-mail o TCLE, para ser assinado e o roteiro de perguntas para conhecimento, a partir disso foi marcado a entrevista on-line através do Teams (aplicativo da Microsoft), no entanto, nem todos permitiram a gravação e para estes foi pactuado o envio das respostas por escrito.

5.3.1 Critérios de inclusão

Estar vinculado ao PECH na CRS. Conhecer as ações desenvolvidas pelo programa.

5.3.2 Critérios de exclusão

Estar participando recentemente das ações do PECH, a menos de 3 meses.

5.4 Técnicas e instrumento de coleta de dados

Foram realizadas entrevistas, em reuniões on-line ou por telefone, de acordo com a anteposição do participante, estas previamente agendadas e gravadas, com posterior transcrição. O período de coleta abrangido foi de 07/11/2022 a 12/12/2022. Os integrantes que não foram submetidos à gravação, responderam o questionário em tempo assíncrono, com posterior envio por correio eletrônico.

Para a realização das entrevistas foi utilizado um roteiro semiestruturado (APÊNDICE A), com questões abertas, referentes às atividades desenvolvidas para implantação e implementação do programa de controle da hanseníase.

5.5 Análise de dados

Foi realizada análise temática proposta por Minayo (2017), descrita em três etapas:

A **primeira etapa**: consistiu em produzir mostras que possibilitem o entendimento do material e sua interpretação final, e essa etapa, para uma maior compreensão, subdividiu-se em: leitura flutuante, considerada a ponte entre as hipóteses e as teorias relacionadas; constituição dos corpos: que obedece a critérios para que possua valores qualitativos; exaustividade: onde se esgotem todos os dados levantados no roteiro; representatividade: que os dados contenham as características do meio estudado; homogeneidade: obediência aos critérios de escolha dos temas tratados; pertinência: adequação dos documentos aos objetivos do trabalho; formulação e reformulação de hipóteses e objetivos: e a retomada da etapa exploratória, que se baseia na leitura exaustiva do material, bem como nas indagações iniciais.

A **segunda etapa** refere-se à exploração dos dados obtidos, a separação do material em categoria da relação: palavras e conteúdo da fala.

A **terceira etapa** tratou dos resultados obtidos e de sua interpretação. Foi à ligação entre o material de pesquisa e a fundamentação teórica, ou surgimento de novas hipóteses em torno de novas teorias e interpretações.

5.6 Aspectos éticos

Esse estudo atendeu aos aspectos éticos de pesquisa com seres humanos da Resolução 466 de 12/12/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013) no que diz respeito à autonomia, não maleficência, benevolência, justiça, equidade, na busca por assegurar os direitos e deveres dos participantes. Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (CEP UFCSPA), número CAAE: 61010222.0.0000.5345 (ANEXO 2) e a Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, número CAAE: 61010222.0.3001.5312 (ANEXO 3), sendo executado somente após aprovação de ambos os Comitês. Todos os participantes foram convidados a participar desta pesquisa mediante a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e assinatura do mesmo, caso houvesse o aceite em participar, sendo uma via entregue ao participante e outra está de posse do pesquisador responsável.

As entrevistas foram transcritas e os questionários respondidos ficaram em posse do pesquisador, para posterior análise dos dados qualitativos.

Para preservar a identidade dos participantes optou-se por nomeá-los de maneira arbitrária pelas notas musicais: Dó, Ré, Mi, Fá, Sol, Lá e Si, que coincide com o mesmo número de macrorregiões de saúde, e para aquelas, em que teve mais de um respondente, utilizou-se a nota com sustenido (#) para diferenciar.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram da pesquisa 10 (dez) coordenadores das CRS, representando 55% do total, responsáveis regionais pela gestão do programa de hanseníase nos municípios de sua alçada. Os resultados foram descritos de forma a caracterizar este grupo, conhecer sua área de formação e capacitação para atuar com este agravo de saúde.

Sequencialmente, abordamos de forma mais ampla a estrutura do programa e as ações de implementação realizadas nos municípios, divididas nos seguintes tópicos: avaliação dos indicadores de monitoramento e tamanho da CRS; formação e atualização dos profissionais da rede; ações de diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos doentes; vigilância da doença nos municípios e campanhas de prevenção para a comunidade; processo de implementação da rede e a idealizada para o programa na regional. E, para finalizar, abordamos as dificuldades, potencialidades e sugestões mencionadas pelos participantes da pesquisa.

6.1 Informações sobre os entrevistados e o território das CRS

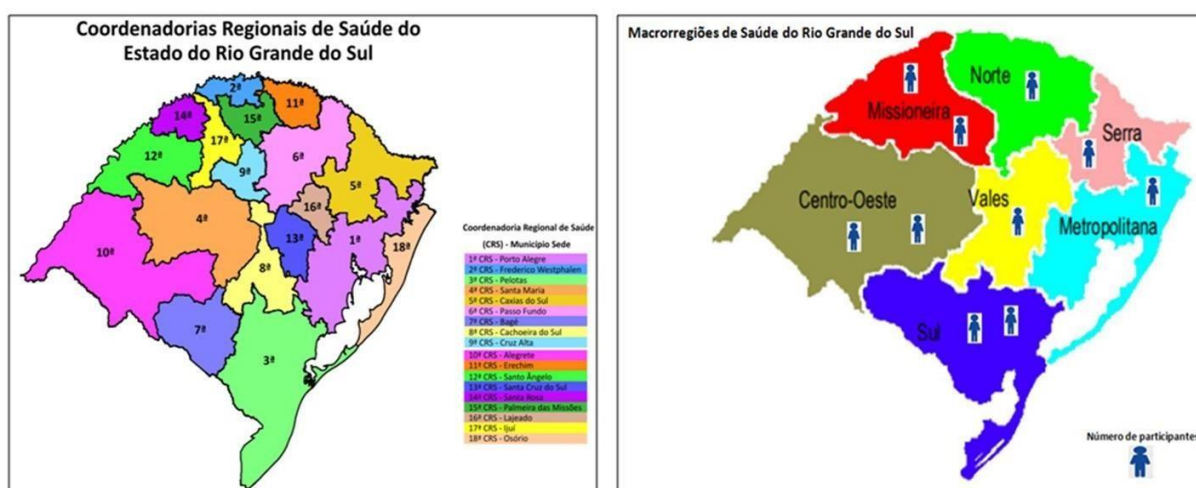
O grupo é composto basicamente por mulheres (90%), todos autodeclarados brancos, com idade média de 45 anos, que variam de 29 até 59, cinco participantes estão na faixa etária de 20-39 e cinco entre 40-59 anos. O tempo médio de atuação no programa é 9 anos, com menos de 5 anos são 6 e mais de 5 anos são 4 participantes, a maioria são jovens servidores do Estado. Todos com formação superior no campo da saúde, em sua maioria na área da enfermagem e 100% deles atuam em mais de um programa, a maioria relacionada às doenças elencadas na relação da vigilância epidemiológica como tuberculose, HIV, hepatites virais, e/ou doenças classificadas como de notificação compulsória aguda ou crônica ou até mesmo em outras áreas como imunizações, avaliação de contratos, etc.

São várias as formas de designação dos participantes para atuar no PECH, após nomeação em concurso, para suprir a vacância da função devido às aposentadorias, às licenças ou pela reorganização dos setores, nenhum referiu que foi por escolha.

Em relação à formação profissional específica para atuar como coordenador em hanseníase, os respondentes relatam, principalmente aqueles que estão mais de cinco anos no serviço, a participação em cursos de formação proporcionados pela coordenação do PECH de forma presencial em Porto Alegre, envolvendo reuniões com a coordenação estadual do

programa, capacitação teóricas, prática no ADS, visitação ao Hospital Colônia Itapuã e mais recentemente os cursos à distância disponibilizados pelo portal UNA-SUS, Fiocruz e Webinar do MS. Aos que estão menos tempo, ainda não foi possível a participação em capacitações presenciais, dispondo somente dos cursos à distância, acima mencionados, das breves orientações dos colegas antecedentes e da coordenadoria do PECH, estes relatam a necessidade de atividades práticas e presenciais para completar o aprendizado.

Os mapas abaixo mostram a localização das 18 CRS, das 07 Macrorregiões de saúde e a quantidade de participantes representados pelos “bonequinhos” no desenho.



Fonte: Secretaria Estadual da Saúde RS/DVE/CEVS Adaptado TREVISOL, Vera Lúcia, 2022

6.2 Conversando sobre a gestão do programa da Hanseníase no RS

6.2.1 Avaliação dos indicadores de monitoramento e tamanho da CRS

Buscou-se saber se os coordenadores calculam os indicadores de monitoramento do programa e qual o número de municípios de cada CRS para, assim, subsidiar a gestão e o planejamento das ações em hanseníase. Quanto à coordenação estadual, esta calcula todos os indicadores do programa de hanseníase no estado e os repassa às CRS com o intuito de, a partir desses dados, embasar as ações estratégicas e operacionais para este agravo.

Constatou-se que, em sua maioria, não há a prática de cálculo de prevalência e de indicadores da doença por parte dos coordenadores regionais, tampouco pelos municipais, situação essa observada pelas seguintes falas: “Não, não calculam, eu nem sei te dizer assim o número. A prevalência é baixa...mas eu acho que falta procura também...acho que teria mais casos, se fizesse mais busca ativa de contatos.”(C Sol); “ Não tem como prática eu fazer esse

cálculo, até porque são casos bem pontuais. ()A gente sabe que aquelas doenças de baixa carga acabam sendo preteridas em relação às outras com demandas emergentes.... se eles precisam fazer algum cálculo ou pactuar algum indicador, dificilmente se pensa em hanseníase.”(C Si); “ a incidência é baixa(...).Bem ao contrário da tuberculose que a nossa prevalência é altíssima. ”(C Ré). Apenas um refere que a CRS apresenta aos profissionais de saúde e gestores os indicadores em momentos de pactuação.

O PNCH tem como objetivo a redução da carga da doença e para isso é aconselhado que a gestão faça a avaliação e monitoramento das ações (BRASIL, 2019). A não realização dos cálculos de prevalência e dos demais indicadores contribui para passar despercebido pelos gestores, principalmente em municípios pequenos, quando apenas um caso pode indicar uma situação de endemia, assim como o desinteresse dos profissionais e dos gestores municipais pelo tema.

Em relação à quantidade de municípios sob a responsabilidade de cada CRS, ficou evidente uma grande desigualdade. Enquanto uma CRS tem sob sua gerência 67 municípios, totalizando uma população de 4.320.026 milhões de habitantes, outra tem apenas 6 municípios, com uma população de 182.579 mil habitantes (Site SES/RS).

Os municípios das CRS têm distribuição heterogênea em relação à hanseníase, desde municípios que não têm registrado casos da doença, os que têm poucos até os que são endêmicos ou hiperendêmicos (Informação fornecida pela coordenação do PECH).

6.2.2 Formação e atualização dos profissionais da rede

Para prevenção e controle da hanseníase é necessário que os profissionais da saúde saibam reconhecer os sinais e os sintomas da doença, diagnosticar e tratar os casos, assim como as demais ações de acompanhamento, educação e vigilância em saúde (BRASIL, 2021). Os entrevistados, em sua maioria, relataram ter ocorrido curso de formação e atualização presencial antes da pandemia de covid19, promovido pelo PECH, em que ambos os profissionais da rede foram convidados. Vide a fala: *“(...) sempre se faz atualização, sempre que o estado faz (...) naquela programação que é feita com a coordenação estadual, somente.”* (C Ré)

Porém, com o advento da covid19, estes encontros foram suspensos, lançando-se mão de eventos e palestras à distância, conforme o relato: *“Agora é esses EADs, que estou sempre repassando para os municípios, pedindo para eles participarem”.* (C Sol)

Colaborando com o tema de educação em saúde para os profissionais da APS, Leite et

al 2020, em seu artigo de revisão integrativa, encontrou vários artigos relatando cursos na modalidade à distância, como: Hanseníase na Atenção Básica, disponibilizada pela Universidade Aberta do SUS (UNASUS), como o curso de capacitação em Ações de Eliminação da Hanseníase em Minas Gerais, em modalidade mista e também reuniões clínicas para discussão de casos. (LEITE et al 2020).

As capacitações presenciais, teóricas e práticas, à distância e as trocas de experiências através de discussão de casos se fazem muito importantes para sensibilizar, qualificar e manter o aprendizado dos profissionais, para que eles sintam-se seguros e mobilizados para atuar e tomar decisões corretas. (SILVA et al, 2021) Afortunadamente, observa-se esta prática sendo realizada pelo PECH em conjunto com o ADS, bem como as atividades desenvolvidas à distância pelo MS. Também observamos, nas falas, algumas ações pró-ativas de coordenadores e de profissionais do Serviço de Atendimento Especializado (SAE), que prestam assessoria aos trabalhadores da APS, e na organização de eventos educativos para a sua regional e/ou comunidade sobre o tema.

6.2.3 Ações de diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos doentes

Em relação às ações de suspeição, diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos doentes os participantes relatam que existe uma grande dificuldade para que APS as realize, creditam isso à falta e a grande rotatividade de profissionais nas unidades, a pouca expertise, à baixa prevalência da doença, e também, à grande demanda das outras doenças, relegando a hanseníase a segundo plano.

Observamos nos seguintes relatos: “ *Considero que as equipes se empenham para atender na integralidade, mas se deparam com a falta de profissionais.*” (C Mi), ou “... os municípios não estão pensando em hanseníase, muito menos a Atenção Básica, isso é uma lacuna...” (C Ré#); ou “*A Atenção Básica que normalmente faz o diagnóstico e eles tem o apoio do SAE aqui de (...), onde o médico (...) trabalha, então eles têm esse matriciamento por ele e por nós aqui. E quando passa da nossa capacidade é feito essa orientação de procurar o ADS.*” (C Sol#)

Os municípios que conseguem fazer os diagnósticos na APS dispõem de profissional médico capacitado na rede local ou na regional, com médicos mais experientes alocados em SAE; ou de consultas especializadas pelo sistema de gerenciamento de consultas (GERINTE) com médico especialista em dermatologia ou infectologia; e, por fim, do ADS.

Vide os relatos: “*(...) havia um profissional médico, que era referência para toda a*

região, mas no momento estamos com dificuldade dessa referência,(...) O último caso notificado foi em 2022 pelo médico dermatologista da Universidade, que era o antigo médico do programa municipal. Temos muita dificuldade de conseguir essa referência.”(C Ré) ou “Há pouco ainda referenciavam os casos suspeitos para avaliação, diagnóstico, tratamento e monitoramento no ADS, os casos mais recentes estão sendo discutidos com o telessaúde, e este indica se é caso para agendar consulta ao ADS” (C Si) ou “....algumas vezes os pacientes são encaminhados à rede particular e outras vezes para o ADS”. (Dó)

Em relação ao tratamento e acompanhamento do doente, a formatação é bem heterogênea: em alguns municípios os pacientes são acolhidos pelos profissionais da APS; outros são tratados nos SAE; alguns somente recebem os remédios por um profissional da vigilância e, por fim, uma parcela relevante é tratada no ADS, referência estadual.

Observamos o que diz a entrevistada que de forma resumida descreve como se procede na sua regional: *“...hoje , basicamente eles fazem a entrega da medicação. Se surge um paciente que tem umas manchas na pele, eles vão encaminhar para a “dermato”, via regulação de consultas. Se o dermatologista disser que pode ser hanseníase, aí vai fazer o diagnóstico, ou vai ser encaminhado aí para o ADS, aí o paciente volta para o município e o município vai fazendo a entrega da medicação,...” (C Lá#).*

Todos os participantes relataram não possuírem nos municípios equipe de matriciamento para hanseníase, apenas algumas regiões dispõem de algum médico com experiência na doença e a ele é recorrido, bem como aos coordenadores regionais para saber dos protocolos e orientações a ser seguido. Consideram que as equipes de saúde da APS não estão preparadas e não têm condições estruturais para atender o paciente em sua integralidade, que este é um grande desafio para os serviços e a gestão.

No estudo, “O itinerário terapêutico das pessoas com hanseníase” de Lima et al, 2020 aborda este desafio, que também nos deparamos aqui no RS, pela dificuldade de se realizar o diagnóstico. Descreve que os pacientes precisam percorrer longas distâncias de sua residência, procurar múltiplos serviços, para fazer os exames necessários e complementares de acompanhamento para, por fim, receber o diagnóstico e até mesmo para fazer o tratamento adequado. Apontando para a necessidade da construção de redes de apoio para os profissionais da APS, adequados e apropriados para a realidade de cada região.(LIMA et al, 2020)

APS como porta de entrada preferencial ao sistema de saúde, é entendida como estratégia potencializadora para o PNCH em virtude de sua capilaridade e territorialidade. (BRASIL, 2021) Todavia, existem alguns entraves no sistema da gestão da APS que

fragilizam a descentralização do cuidado da hanseníase, apontados por Cavalcante et al, 2020 e Corrêa et al, 2021, que são: a sobrecarga de ações de responsabilidade das unidades; a frequente rotatividade dos profissionais; o pouco envolvimento destes; a baixa endemicidade da doença; a ênfase no atendimento de situações epidemiológicas emergenciais; sua baixa capacitação para realizar o diagnóstico correto e precoce da doença; a sobrecarga de ações para atendimento das demandas programáticas da agenda da APS e outras.

Para além das dificuldades estruturais da APS também temos, segundo Rodrigues et al (2021), as questões mais complexas que exigem esforço político institucional, são elas: insuficiência de conteúdos curriculares sobre a hanseníase, a racionalidade biomédica no processo do trabalho, a centralidade da atenção ao indivíduo doente e não a família/comunidade e a falta de priorização da hanseníase nas políticas de saúde.

Estas dificuldades acima elencadas também foram mencionadas pelos participantes da pesquisa. Estas possíveis dificuldades podem estar dificultando o diagnóstico precoce, e o tratamento oportuno, além do não acompanhamento dos pacientes e contatos por pelo menos cinco anos, conforme preconizado pelo MS. Os pacientes no RS são diagnosticados tardiamente, em sua maioria, com grau de incapacidades físicas, além da baixa avaliação de contatos indicando fragilidades nos serviços de saúde.

6.2.4 Vigilância da doença nos municípios e campanhas de prevenção para a comunidade

É preconizada a integração das ações de vigilância em saúde com as da APS para o enfrentamento da hanseníase, bem como o registro e acompanhamento dos casos e contatos no SINAN para monitoramento e formação de banco de dados (BRASIL 2021).

Os participantes declaram que os profissionais dos municípios se empenham para realizar a vigilância e o acompanhamento dos casos notificados, no entanto é bastante negligenciada o acompanhamento dos casos e dos contatos por até 5 (cinco) anos conforme preconizado pelo guia do MS devido às dificuldades. Vide as falas: “*falha no seguimento dos contatos, bastante negligenciado...*”(C Sol); ou “*A vigilância dos contatos por cinco anos não é feito, fazem durante o tratamento...*”(C Sol#), também, “*Falta avançar na questão de busca ativa para um diagnóstico precoce(...)*”(C Dó)

Também referem que falta avançar na busca ativa para um diagnóstico precoce e isso só é possível com uma vigilância atuante que participe junto com a APS nessa busca, bem como na oferta de ações de prevenção e educação em saúde para a população. As campanhas

educativas com a população são quase inexistentes, são feitas algumas ações pontuais, em poucos municípios.

Esse descuido é atribuído à falta de materiais de divulgação. Observe esta fala: “...os municípios me cobram material para divulgação. aí perguntei para a CEPH, e ela me disse que não tinha e não estão recebendo nada. Seria importante ter material para divulgação porque é uma doença silenciosa, que precisa ser lembrada.” (C Lá)

Ademais, o período de campanha e conscientização para prevenção da hanseníase, denominado Janeiro Roxo, acontece no mês de janeiro, período de preferência de férias para os trabalhadores em saúde, desfalcando a equipe e prejudicando, dessa forma, este momento de ação com a comunidade.

As abordagens em larga escala como, por exemplo, com escolares contribuem para a elevação das taxas de detecção conforme Rodrigues et al 2021, este estudo também lembra que a ampliação da cobertura da APS é importante, mas não é garantia de melhora no controle da doença. Não podemos esquecer que a hanseníase está associada às condições socioeconômicas desfavoráveis e com o IDH, portanto, deve-se ter um olhar de equidade para com os moradores de comunidades pobres, por isso é necessário fazer campanhas educativas e ações direcionadas para este público. (DA FONSECA AZEVEDO ARAUJO, 2020)

6.2.5 Processo de implementação da rede e a idealizada para o programa na regional

Constatamos que os coordenadores que há menos tempo estão na gerência da CRS referem não ter participado do processo de implementação do programa em sua regional, apenas deram seguimento ao que já estava vigente. “*Não participei deste processo*” (C Mi). No entanto, os que estão há mais tempo dizem: “*Foi acontecendo aos poucos, ao longo dos anos através de capacitações para os profissionais da saúde, visitas aos municípios para avaliar o programa, palestras nos municípios, assessoria para dúvidas, momentos de pactuação*” (Dó).

De uma forma geral, os diálogos mostram que a rede de atenção existente nas regionais é bem fragilizada, muito dependente do profissional da categoria médica que se interesse pelo tema. Observamos que os municípios maiores que têm SAE encontram-se em processo de desmonte, tendo em vista que os médicos que se aposentaram não estão sendo repostos, debilitando a referência para as regionais. Em alguns municípios, o tratamento do paciente com hanseníase fica centralizado em uma única pessoa, na vigilância

epidemiológica. Em quase todas as regionais, existe um movimento incipiente de descentralização dos pacientes para APS, devido às imposições do PNCH e PECH, todavia ainda muito inicial e com resistências dos atores do sistema.

Observemos as falas: *“Acredito que por muitas vezes o programa estadual provocou e proporcionou capacitações com esta finalidade, mas temos pouca adesão”*(C Ré) ou *“(...)tentar isso, fazer a descentralização e co responsabilizar as equipes da ABS por aquele paciente(...)eu bato muito na tecla da ABS.*(C Lá#).

Por fim, a rede idealizada pelos coordenadores dialoga com a sugerida pelo PNCH que considera a APS a porta de entrada onde deverá acontecer a suspeição, diagnóstico e tratamento dos casos sem complexidade, assim como o acompanhamento do paciente e dos contatos em sua longitudinalidade. Assim como, ter ou reestruturar os serviços especializados na macrorregional para diagnóstico, exames complementares, órteses, próteses e internações, se necessário, e tratamento dos casos mais complexos. E o fortalecimento do serviço de referência estadual, ADS, para ser campo de capacitações práticas e apoio matricial aos profissionais de saúde da rede. Conforme referido: *“A Atenção Primária em Saúde é a que inicia o cuidado ao paciente realizando o diagnóstico, vigilância de contatos, notificação, tratamento e acompanhamento e monitoramento, realiza ações de educação em saúde. Identifica intercorrências e encaminha para referências se necessário”*.(C Dó)

É necessário reconstruir, organizar e explicitar a linha de cuidado para que fique transparente aos profissionais da rede facilitando assim o percurso do paciente na busca por cuidado, como bem propõe a entrevistada *“A linha de cuidado não está estruturada, não há documentos que formalizam as referências e fluxos definidos.”*(C Fá)

7 DIFICULDADES, POTENCIALIDADES E SUGESTÕES

No processo gerencial pode se utilizar de algumas ferramentas de gestão após a identificação dos pontos fortes, dos fracos, das oportunidades e das ameaças aos serviços para otimizar os recursos. (OLYAEEMANESH, 2018) Nesse sentido elencamos as dificuldades, sugestões e potencialidades relatadas pelos entrevistados para subsidiar os gestores do programa a planejar de modo estratégico as próximas ações.

Entre as dificuldades indicadas, apontam-se: a alta rotatividade e a falta de profissionais médicos na APS; sobrecarga de atividades para os profissionais da APS e da vigilância em saúde os municípios; ausência de serviços de referência em dermatologia e/ou profissionais especializados na rede regional ou macrorregional do interior; poucas capacitações e sensibilização dos profissionais da APS; falta de segurança das equipes para atender devido aos poucos casos e falta de experiências em hanseníase; dificuldades para fazer exames complementares como: biópsia, baciloscopia e outros e, por fim, a complexidade da doença.

Em contrapartida as potencialidades referidas foram: a boa cobertura da APS com ESF, principalmente nos municípios pequenos; a presença de SAE nas cidades maiores, alguns com médicos capacitados para atender hanseníase; a participação das NURESC (Núcleo Regional de Educação em Saúde Coletiva) em parceria com as coordenadorias para capacitações; a existência de Universidades e/ou Escolas Superior de Ensino com hospitais, clínicas e laboratórios públicos e próprios, do PECH como indutor e coordenador do programa em parceria com o ADS para capacitações práticas e matriciamento.

E, por fim, as sugestões deixadas foram de sensibilizar e capacitar os profissionais da APS; realizar cursos na modalidade EAD e cursos práticos para os profissionais da APS; a disponibilização de espaço no ADS para estudos de casos, matriciamento e apoio aos profissionais da APS; o estabelecimento de fluxos claros para a rede; o estabelecimento de uma rede de atendimento para hanseníase em nível de macrorregional, com incentivo financeiro; o reforço da referência Estadual (ADS); a publicidade e a divulgação da doença por meio das redes de comunicação; a previsão de orçamento e recursos financeiros para aquisição de órteses e próteses para a reabilitação dos que possuem incapacidades estabelecidas pelo grau avançado da doença.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluimos que apesar de já terem se passado duas décadas do início do movimento de descentralização das ações de controle da hanseníase no Brasil, ainda é bastante incipiente a implementação deste processo no RS. Isso devido a diversos fatores já citados, mas, precipuamente, pela baixa endemicidade no estado, dificultando a conjunção entre teoria e prática, pois os casos, quando aparecem, são intervalados e em menor número.

As ações de diagnóstico, de tratamento, de acompanhamento do doente e dos contatos familiares e/ou sociais foram demarcados por vários obstáculos de ordem operacional, técnica e administrativa do sistema de saúde. As narrativas nos mostram que a vigilância ativa através da busca de novos casos na comunidade, de acompanhamento de contatos, assim como, de campanhas de promoção e de prevenção à hanseníase ainda são um desafio. Os entraves que mais se destacaram foram os seguintes: a falta de experiência dos profissionais da base, devido à inexistência ou ao baixo número de casos no município; a rotatividade e sobrecarga dos profissionais da APS da vigilância em saúde e dos coordenadores; o diagnóstico médico centrado em especialistas em dermatologia e o desinteresse dos profissionais da APS e gestores municipais pelo tema.

Na atualidade, a rede de atenção em hanseníase está desestruturada nas regionais, fragilizada na APS e debilitada na referência Estadual, devido à redução da força de trabalho nos serviços, pela falta de investimento e reposição dos profissionais que se aposentaram, repercutindo negativamente nos serviços públicos, impossibilitando que os profissionais em saúde participem de atividades de atualização, principalmente aquelas que demandem afastamento de sua unidade de trabalho. A sobrecarga de trabalho é transversal, perpassando desde a coordenação, em um nível estratégico, até a base das ações em saúde, chegando à APS, nível operacional.

Diante dessa realidade, onde os recursos são escassos e finitos, é necessário unir esforços utilizando o ensino à distância, associados a momentos de práticas no serviço de referência estadual, ADS. Para que a descentralização do cuidado em hanseníase aconteça no estado é preciso superar estas dificuldades, priorizando os investimentos no programa e na criação de espaços participativos, em que todos os atores envolvidos possam promover trocas de experiências entre os profissionais na rede, construindo um cuidado de maneira interdisciplinar.

Ficou evidente a contribuição das capacitações em hanseníase que a coordenação do PECH, juntamente com o ADS, têm produzido para os profissionais de toda a rede de saúde do RS. Felizmente, mesmo com o advento da covid 19, continuaram-se ofertando cursos e eventos à distância promovidos junto ao MS, evitando-se assim, maiores prejuízos ao programa. Além das capacitações, outra ferramenta importante é os indicadores em hanseníase. Salientamos que os indicadores auxiliam, como instrumento relevante para o conhecimento dos casos e embasamento das ações de estratégia de gestão e alcance do objetivo preconizado pela OMS, de eliminação do agravo.

Mesmo com os limites encontrados no estudo, pela pouca disponibilidade dos coordenadores em participarem, conseguimos apontar considerações pertinentes que demonstram o porquê da morosidade na implantação da descentralização do PECH. Quanto às próximas pesquisas, sugerimos que seja feito um estudo de caso da iniciativa da cidade de São Borja, que no período de 2020-2021 aproximou-se do preconizado pelo programa e destacou-se pelo em número de casos notificados, em um trabalho interessante e de desejável replicação nas demais regiões do estado; sugerimos, também, que se desenvolva um instrumento que auxilie a vigilância e a APS a acompanhar e avaliar os contatos, respectivamente, e que se averigüe a eficácia da ferramenta já existente - questionário de suspeição de hanseníase - para detecção de novos casos.

Por fim, a rede de serviço em hanseníase precisa ser estruturada ou reestruturada com todos os níveis de atenção de cada macrorregião de saúde, com destaque para APS. Necessitam que sejam definidas as atribuições de cada um dos atores na rede e, de como está organizada, de maneira clara, para conhecimento de todos os usuários. Faz-se necessário também que a estrutura e os serviços oferecidos pela rede sejam divulgado nos canais oficiais do estado, para que estas informações circulem de forma transparente, tenham amplo alcance e para que todos tenham o acesso quando assim necessitarem. Por fim, a qualificação e a integração serão uma realidade que culminará para promoção de uma atenção de qualidade e um cuidado longitudinal sob coordenação da APS, como desejado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BOIGNY, Reagan Nzundu et al. Persistência da hanseníase em redes de convívio domiciliar: sobreposição de casos e vulnerabilidade em regiões endêmicas no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 35. 2019. Disponível em: <https://scielosp.org/article/csp/2019.v35n2/e00105318/> Acessado em: 08 nov. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Estratégia Nacional para Enfrentamento da Hanseníase 2019-2022. Brasília, 2019. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2020/May/22/estrategia-nacional-de-hanseniose-2019-2022-web.pdf>. Acessado em: 08 nov. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Guia de Vigilância em Saúde. 5ª edição. Brasília, nov. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/vigilancia/guia-de-vigilancia-em-saude-5ed-21nov21-isbn5.pdf/view>. Acessado em: 08 nov. 2022.
- CAVALCANTE, Marília Daniella Machado Araújo; LAROCCA, Liliana Müller; CHAVES, Maria Marta Nolasco. Múltiplas dimensões da gestão do cuidado à hanseníase e os desafios para a eliminação. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 54, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/4jrQX4VdKHS9TbdctmBcJPS/?lang=pt>. Acessado em: 05 nov. 2022.
- CORRÊA, Cristal Marinho et al. Diálogos sobre a descentralização do programa de controle da hanseníase em município endêmico: uma avaliação participativa. *Escola Anna Nery*, v. 26, 021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/Lhjz4N3Hjkyt46YcnzgRqFj/abstract/?lang=pt>. Acessado em: 05 nov. 2022.
- DA FONSECA AZEVEDO ARAÚJO, Kleane Maria; LANA, Francisco Carlos Félix. Relação da hanseníase com a cobertura da estratégia saúde da família e condições socioeconômicas. *Cienc. enferm.(En línea)*, p. 1-1, 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/gim/resource/en/biblio-1124362?src=similardocs>. Acessado em: 06 nov. 2022.
- KESSLER, Marciane et al. Ações educativas e de promoção da saúde em equipes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, Rio Grande do Sul, Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 27, p. e2017389, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/ress/2018.v27n2/e2017389/>. Acessado em: 08 out. 2022.
- LEITE, Thiaskara Ramile Caldas et al. Ações de controle da hanseníase na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. *VITTALLE-Revista de Ciências da Saúde*, v. 32, n. 3, p. 175-186, 2020. Disponível em: <https://www.seer.furg.br/vittalle/article/view/11080/8386>. Acessado em: 15 out. 2022.
- LIMA, Eliziane Oliveira de et al. Itinerário terapêutico das pessoas com hanseníase: caminhos, soluções e desafios em busca do cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 74, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/WxCnZfh6LcfKkswwqpGhtGf/?format=pdf&lang=pt>. Acessado em: 09 out. 2022.
- MINAYO, Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. *Pesquisa Social: Teoria, método, e criatividade*. 33. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2013. 21p.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Boletim Epidemiológico em Hanseníase. Brasília, janeiro de 2021. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2021/boletim-epidemiologico-hanseniose-2021>. Acessado em: 17 set. 2022.

NETA, Odete Andrade Girão et al. Percepção dos profissionais de saúde e gestores sobre a atenção em hanseníase na Estratégia Saúde da Família. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, v. 30, n. 2, p. 239-248, 2017. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/408/40851821012.pdf>. Acessado em: 16 out. 2022.

OLYAEEMANESH, Alireza et al. Iran's health system transformation plan: a SWOT analysis. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*, v. 32, p. 39, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6108248/>. Acessado em: 17 dez. 2022.

OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE). *Estratégia Global de Hanseníase 2021– 2030 “Rumo à zero hanseníase”*. Nova Delhi: Organização Mundial da Saúde, Escritório Regional para o Sudeste Asiático; 2021. Licence: CC BY-NCSA 3.0 IGO. Disponível em: <https://www.who.int/pt/publications/i/item/9789290228509>. Acessado em: 10 set. 2022.

RODRIGUES, Rayssa Nogueira; ARCÊNCIO, Ricardo Alexandre; LANA, Francisco Carlos Felix. Epidemiologia da hanseníase e a descentralização das ações de controle no Brasil. *Revista Baiana de Enfermagem*, v. 35, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/39000>. Acessado em: 20 nov. 2022.

SILVA, Clinton Fábio Gomes da et al. Estratégia de contribuição para a educação dos profissionais em hanseníase. *Rev. enferm. UFPE on line*, p. [1-15], 2021. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/en/biblio-1151692>. Acessado em: 23 out. 2022.

SOUZA, Monique Feitosa de; VANDERLEI, Lygia Carmen de Moraes; FRIAS, Paulo Germano de. Avaliação da implantação do Programa de Controle da Hanseníase em Camaragibe, Pernambuco. *Epidemiologia e serviços de saúde*, v. 26, p. 817-834, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/ress/2017.v26n4/817-834/pt/>. Acessado em: 23 out. 2022.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. *Plano Estadual de Saúde 2020-2023*. Porto Alegre, 2020. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202208/04114126-plano-sem-logo.pdf>. Acessado em: 27 nov. 2022.

APÊNDICE 1

Roteiro de entrevista
CARACTERIZAÇÃO DOS INFORMANTES
1- Idade: 2-Sexo: 3-Raça/Cor: 4-Qual sua área de formação? 5 – Há quanto tempo você atua no programa de controle a hanseníase? 6 – Você também atua em outro programa? 6.1 Se sim, qual? 7- Como foi designado ou passou a atuar no programa de controle a hanseníase? 8 – Você participou de alguma atividade de formação para atuar no programa de controle a hanseníase?
CARACTERIZAÇÃO DA COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE E DAS AÇÕES DE IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE CONTROLE A HANSENÍASE NOS MUNICÍPIOS
1- Quantos municípios estão sob esta coordenação? 2- Quantos municípios tem ações de controle da hanseníase implementadas? 3- Qual é a prevalência de hanseníase nos municípios desta coordenação? 4- Os municípios calculam a situação da hanseníase no município? 5- Como ocorreu o processo de implementação do programa de hanseníase nos municípios? 6- Foram realizadas atividades ou cursos de formação e atualização para o controle da hanseníase para os profissionais dos municípios? 7- Como está sendo realizado o diagnóstico, tratamento e monitoramento da hanseníase nos municípios? Os municípios contam com equipes de matriciamento? 8- São desenvolvidas campanhas de prevenção a hanseníase? 9- Como você avalia a vigilância da hanseníase nos municípios? 10- Você considera que os serviços de saúde de sua CRS estão preparados para atender na integralidade os pacientes de hanseníase? Descreva as dificuldades encontradas nesse processo em todos os seus níveis (prevenção, tratamento e reabilitação). 11- Você considera que existe no estado uma linha de cuidado estruturado para atender as necessidades do programa da hanseníase? Caso queira, deixe sugestões de como deveria ser para melhor funcionar o programa no estado. 12- Quais as potencialidades e dificuldades que vocês enfrentaram no processo de implementação dos programas de controle da hanseníase nos municípios da sua CRS?

APÊNDICE 2

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: GESTÃO DO PROGRAMA DE CONTROLE DA HANSENÍASE EM UM ESTADO DE BAIXA ENDEMICIDADE

Pesquisador: Alessandra Dartora da Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 81010222.0.0000.5345

Instituição Proponente: Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.579.127

Apresentação do Projeto:

É um projeto de pesquisa exploratória descritiva de abordagem qualitativa com os coordenadores dos programas de controle a hanseníase, ou pessoas por estes designadas, para conhecer a implementação do programa nas 18 Coordenadorias Regionais de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, mediante a realização de entrevista, por telefone ou em reuniões on-line, previamente consentidas e agendadas, com a utilização de um roteiro semiestruturado.

A hanseníase é um problema de saúde pública onde o Brasil figura como o segundo país no mundo em número de casos absolutos. Este projeto tem como objetivo conhecer a implantação do Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH) no estado do Rio Grande do Sul (RS) por meio dos(as) gestores(as) das Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), identificando as ações realizadas.

Objetivo da Pesquisa:

Primário: Conhecer a implantação do Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH) no estado do Rio Grande do Sul (RS) por meio dos(as) gestores(as) das Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), por meio das ações realizadas.

Secundários: - Caracterizar o grupo de coordenadores(as) do Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH) no estado do Rio Grande do Sul;

- Identificar as ações desenvolvidas pelos coordenadores no processo de implantação e

Endereço: Rua Sarmento Leite, 245, prédio 03, sala 605

Bairro: Sarmento

CEP: 90.050-170

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3303-8804

E-mail: cep@ufcspa.edu.br

Continuação do Parecer: 5.579.127

implementação do programa de controle da hanseníase;

- Identificar as ações desenvolvidas pelos profissionais da APS nos municípios do estado do Rio Grande do Sul;
- Conhecer as dificuldades e propostas trazidas pelos (as) coordenadores (as) das CRS na construção da linha de cuidado para a eliminação da hanseníase no estado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: São considerados mínimos, podendo haver algum constrangimento ao responder alguma pergunta durante a realização da entrevista.

Caso isso ocorra, a equipe está preparada para auxiliar, dando suporte emocional e suspendendo a entrevista, se necessário.

Benefícios: Contribuir para mapear o processo de implantação e implementação do programa de controle da hanseníase no estado o que direta ou indiretamente pode subsidiar uma análise de situação, o planejamento de ações, bem como a oferta de serviços, o que pode colaborar para ampliar o acesso e a qualificação dos serviços prestados a população.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de grande importância e relevância para uma doença considerada tabue e um pouco negligenciada do ponto de vista terapêutico ou de novas alternativas terapêuticas, com perspectivas promissoras para conhecer e melhorar uma política pública de saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos bem redigidos e completos.

Recomendações:

Atualizar o Currículo da Pesquisadora.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado, sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

De acordo com o parecer do Relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P	27/07/2022		Aceito

Endereço: Rua Sarmento Leite, 245, prédio 03, sala 605
Bairro: Sarmento CEP: 90.050-170
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3303-8804 E-mail: cep@ufcspa.edu.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE**



Continuação do Parecer: 5.579.127

Básicas do Projeto	ETO_1975566.pdf	13:49:30		Aceito
Outros	TCUD.pdf	27/07/2022 13:36:05	Alessandra Dartora da Silva	Aceito
Outros	TCEntregaRelatorioFinalHanseniose.pdf	26/07/2022 18:41:58	Alessandra Dartora da Silva	Aceito
Outros	TAI.pdf	26/07/2022 18:40:27	Alessandra Dartora da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEHanseniose.pdf	26/07/2022 18:39:10	Alessandra Dartora da Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOPESQUISACEPHanseniose.pdf	26/07/2022 18:38:20	Alessandra Dartora da Silva	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	26/07/2022 18:08:28	Alessandra Dartora da Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 12 de Agosto de 2022

Assinado por:
Fernanda Bordignon Nunes
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Sarmiento Leite, 245, prédio 03, sala 605
Bairro: Sarmiento CEP: 90.050-170
UF: RS Município: PORTO ALEGRE E-mail: oep@ufcspa.edu.br
Telefone: (51)3303-8804

Página 03 de 03

APÊNDICE 3



ESCOLA DE SAÚDE
PÚBLICA/SECRETÁRIA DE
SAÚDE ESP/SES/RS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: GESTÃO DO PROGRAMA DE CONTROLE DA HANSENÍASE EM UM ESTADO DE BAIXA ENDEMICIDADE

Pesquisador: Alessandra Dartora da Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 61010222.0.3001.5312

Instituição Proponente: Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.670.168

Apresentação do Projeto:

Segunda versão de pesquisa apresentada como um projeto da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), sem informação se é de curso de graduação ou pós-graduação. A pesquisadora responsável é Alessandra Dartora da Silva e Vera Lúcia Trevisol compõe a equipe de pesquisa.

O estudo é apresentado como "uma pesquisa exploratória descritiva de abordagem qualitativa com os coordenadores dos programas de controle a hanseníase, ou pessoas por estes designadas, para conhecer a implementação do programa nas 18 Coordenadorias Regionais de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul".

Trata-se de um tema de relevância pública no cenário nacional e estadual. O Projeto Detalhado segue as normas de redação científica.

Objetivo da Pesquisa:

As pesquisadoras apresentam como objetivo geral:

"Conhecer a implantação do Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH) no estado do Rio Grande do Sul (RS) por meio dos(as) gestores(as) das Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), por meio das ações realizadas".

Endereço: Av. Ipiranga, 6311, sala 26.

Bairro: Partenon

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

CEP: 90.610-001

Telefone: (51)3901-1532

E-mail: ceps-esp@saude.rs.gov.br

Continuação do Parecer: 5.670.168

E como objetivos específicos:

"- Caracterizar o grupo de coordenadores(as) do Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH) no estado do Rio Grande do Sul;

- Identificar as ações desenvolvidas pelos coordenadores no processo de implantação e implementação do programa de controle da hanseníase;

- Identificar as ações desenvolvidas pelos profissionais da APS nos municípios do estado do Rio Grande do Sul;

- Conhecer as dificuldades e propostas trazidas pelos (as) coordenadores (as) das CRS na construção da linha de cuidado para a eliminação da hanseníase no estado".

Os objetivos encontram-se igualmente descritos no Formulário das Informações Básicas e no Projeto Detalhado. No TCLE é apresentado o objetivo geral.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Quanto aos riscos, as pesquisadoras informam que "Os riscos são considerados mínimos, podendo haver algum constrangimento ao responder alguma pergunta durante a realização da entrevista. Caso isso ocorra, a equipe está preparada para auxiliar, dando suporte emocional e suspendendo a entrevista, se necessário". Em segunda versão, após pendências, as pesquisadoras reconheceram a possível quebra de anonimato, considerando a pequena amostra e incluíram no Projeto Detalhado e no TCLE esta frase: "Os dados serão mantidos em sigilo, e o nome dos participantes não será divulgado. No entanto talvez não seja possível garantir o sigilo da sua identidade, visto que teremos um entrevistado por CRS" (PENDÊNCIA 1). Não foi possível a modificação no Formulário de Informações Básicas devido a este CEP ser coparticipante e não proponente da pesquisa.

Os riscos estão descritos de maneira similar no Formulário das Informações Básicas, Projeto Detalhado e no TCLE.

Quanto aos benefícios, as autoras citam que "Esse estudo pode contribuir para mapear o processo de implantação e implementação do programa de controle da hanseníase no estado o que direta ou indiretamente pode subsidiar uma análise de situação, o planejamento de ações, bem como a oferta de serviços, o que pode colaborar para ampliar o acesso e a qualificação dos serviços prestados a população". Esse texto sobre os benefícios foi acrescentado na segunda versão do Projeto Detalhado. (PENDÊNCIA 2)

Endereço: Av. Ipiranga, 6311, sala 26.

Bairro: Partenon

UF: RS

Telefone: (51)3901-1532

CEP: 90.610-001

Município: PORTO ALEGRE

E-mail: ceps-esp@saude.rs.gov.br

Continuação do Parecer: 5.670.168

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de "um estudo exploratório descritivo de abordagem qualitativa. Que visa conhecer em profundidade como o programa de controle da hanseníase está implementado no RS".

Os dados serão coletados "por meio do contato telefônico ou agendamento de reuniões on-line com as 18 Coordenadorias Regionais de Saúde" e "com os coordenadores do programa de controle a hanseníase em cada uma das 18 CRS, ou por pessoas por estes designada".

O critério de inclusão é "Estar vinculado ao programa de controle a hanseníase na CRS. Conhecer as ações desenvolvidas pelo programa" e o de exclusão "Estar participando recentemente das ações do programa de controle a hanseníase, a menos de 3 meses".

"Serão realizadas entrevistas, por telefone ou em reuniões on-line, de acordo com a preferência do participante, previamente agendadas, gravadas e posteriormente transcritas. Para a realização das entrevistas será utilizado um roteiro semiestruturado (APENDICE A), com questões abertas, referentes às atividades desenvolvidas para implantação e implementação do programa de controle da hanseníase". Posteriormente, será "realizada análise temática proposta por Minayo (2017)", cujas etapas estão detalhadamente descritas no projeto detalhado e no formulário das informações básicas do projeto.

No projeto detalhado, página 15, Aspectos éticos, sobre a não divulgação do nome dos participantes, as pesquisadoras informam que "...será preservada a identidade do mesmo". Entretanto, como será entrevistado apenas um participante por CRS, não é possível garantir o anonimato.

Orçamento: a pesquisa será custeada pelas pesquisadoras.

Cronograma atualizado informa início das entrevistas para os meses de outubro e novembro/22.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TAI: assinado por Péricles S. Nunes, diretor DAPPS SES/RS, em 22/07/22

Termo de Compromisso de Uso de Dados (TCUD): em primeira versão, havia um TCUD assinado pelas pesquisadoras Alessandra Dartora da Silva e Vera Lúcia Trevisol em 20/07/22, divergindo das informações metodológicas dos documentos do protocolo que informam sobre coleta de

Endereço: Av. Ipiranga, 6311, sala 26.

Bairro: Partenon

UF: RS

Telefone: (51)3901-1532

Município: PORTO ALEGRE

CEP: 90.610-001

E-mail: ceps-esp@saude.rs.gov.br

Continuação do Parecer: 5.670.168

dados através de entrevistas. Em segunda versão, as pesquisadoras informaram que não haverá coleta de dados secundários e retiraram o TCUD do protocolo de pesquisa (PENDÊNCIA 3).

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE): em uma página, no modelo carta convite, informa objetivos, riscos e benefícios, direito a indenização e traz os contatos da pesquisadora responsável, CEP UFCSPA e CEP ESP.

Em segunda versão, as pesquisadoras reconheceram a possível quebra de anonimato: "Os seus dados serão mantidos em sigilo, e o seu nome não será divulgado. No entanto talvez não seja possível garantir o sigilo da sua identidade, visto que teremos um entrevistado por CRS." (PENDÊNCIA 1). E também acrescentaram uma breve explicação do que é um CEP (PENDÊNCIA 4).

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto está apto a ser realizado.

As pesquisadoras atenderam todas as solicitações do CEP, listadas abaixo:

1 - Quanto aos riscos, informar e acrescentar no TCLE, no formulário de informações básicas e no projeto detalhado que, embora as pesquisadoras não divulguem a identificação dos participantes, não é possível garantir o sigilo da identidade, uma vez que será entrevistado apenas uma pessoa do programa de Hanseníase por CRS.(PENDÊNCIA ATENDIDA)

2 - Quanto aos benefícios: inserir os mesmos no Projeto Detalhado, tal qual estão informados no Formulário das Informações Básicas e no TCLE.(PENDÊNCIA ATENDIDA)

3 - Esclarecer se haverá coleta de dados em arquivos, conforme informação do TCUD. Em caso afirmativo, informar quais arquivos serão acessados. Se não houver consulta a arquivos, o TCUD pode ser retirado do protocolo de pesquisa.(PENDÊNCIA ATENDIDA)

4 - Acrescentar, no TCLE, de modo sucinto, uma breve explicação do que é um CEP e suas atribuições, conforme orientações e modelo disponível no site da ESP.(PENDÊNCIA ATENDIDA)

Considerações Finais a critério do CEP:

Após 6 meses da data de aprovação deste projeto, o pesquisador responsável deverá apresentar relatório (parcial ou final) da pesquisa a este CEP, na forma de NOTIFICAÇÃO, via Plataforma Brasil. O Formulário para o Relatório de Pesquisa está disponível no site da ESP/Comitê de Ética.

Endereço: Av. Ipiranga, 6311, sala 26.

Bairro: Partenon

CEP: 90.610-001

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3901-1532

E-mail: ceps-esp@saude.rs.gov.br

Continuação do Parecer: 5.670.168

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1998960.pdf	10/09/2022 09:21:47		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOPESQUISACEP_V2.pdf	10/09/2022 09:18:05	Alessandra Dartora da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_V2.pdf	10/09/2022 09:16:13	Alessandra Dartora da Silva	Aceito
Outros	Carta_CEP_ESP_RS.pdf	09/09/2022 13:10:23	Alessandra Dartora da Silva	Aceito
Outros	TCUD.pdf	27/07/2022 13:36:05	Alessandra Dartora da Silva	Aceito
Outros	TCEntregaRelatorioFinalHanseniose.pdf	26/07/2022 18:41:58	Alessandra Dartora da Silva	Aceito
Outros	TAI.pdf	26/07/2022 18:40:27	Alessandra Dartora da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEHanseniose.pdf	26/07/2022 18:39:10	Alessandra Dartora da Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOPESQUISACEPHanseniose.pdf	26/07/2022 18:38:20	Alessandra Dartora da Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 28 de Setembro de 2022

Assinado por:
Sara Brunetto
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Ipiranga, 6311, sala 26.

Bairro: Partenon

CEP: 90.610-001

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3901-1532

E-mail: ceps-esp@saude.rs.gov.br