MINISTÉRIO DA SAÚDE

Programa Nacional de Controle da Hanseníase – PNCH

Biblioteca MS
10001027728

RELATÓRIO DE GESTÃO
maio de 2007 a dezembro de 2008

.73(047)

Brasília – DF
2009

1000 10 [illegible]
Number: AG [illegible]
Date: 09 . 03 . 2010

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Vigilância Epidemiológica
Programa Nacional de Controle da Hanseníase

Biblioteca do Ministério da Saúde
Brasília-DF

Programa Nacional de Controle da Hanseníase – PNCH

RELATÓRIO DE GESTÃO

maio de 2007 a dezembro de 2008

Brasília – DF
2009

© 2009 Ministério da Saúde

Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Vigilância Epidemiológica
Programa Nacional de Controle da Hanseníase
SCS Quadra 04, Bloco A, Edifício Principal, 3º Andar
CEP: 70304-000, Brasília-DF, Tel.: 3213.8189

Ministro da Saúde
José Gomes Temporão

Secretário de Vigilância em Saúde
Gerson Oliveira Penna

Diretor do Departamento de Vigilância Epidemiológica
Eduardo Hage Carmo

Coordenadora do Programa Nacional de Controle da Hanseníase
Maria Leide W. de Oliveira

Coordenadora Adjunta
Danusa Fernandes Benjamim

Equipe Técnica
Claudia Maria Escarabel; Elaine Faria Morelo; Gil Sevalho; Kátia Maria Barreto Souto; Luiza Cláudia Bernardes Abreu; Márcia Vieira Leite; Olga Maria Alencar; Sebastião Alves de Sena Neto; Sheila Miranda da Silva.

Apoio Administrativo
Bárbara da Silveira Lima Nascimento; Leilson Clei Vasconcelos; Rosilene da Silveira e Silva.

Assessores
Adriana K. Santos (2007); Astrid R. N. Zamora (2007); Bruno A. Gutiez (2008); Camila A. Bernardes (2007); Clarissa C. dos A. Vasconcelos (2007); Elcylene Leocádio (2008); Eldna D. C. Pinheiro (2007); Egon Luiz R. Daxbacher (2007/2008); Eugênia M. P. Rodrigues (2007); Heliana R. de Macedo (2007); Hozano F. Filho (2007); Karine F. Lima (2007); Laurinda R. Maciel (2008); Margarida C. N. Rocha (2007/2008); Maria Ana A. Leboeuf (2007/2008); Maria Elizabeth Lovera (2007/2008); Maria Lúcia F. Penna (2008); Maria Eugênia N. Gallo (2007/2008); Maria Rita Dantas (2007/2008); Rejane P. de Almeida (2007/2008); Thaís C. Oliveira (2007); Suen O. Santos (2007); Thayza Miranda (2007).

Colaboradores
Ângela Pomini de Melo Correia; Maria Bernadete Moreira; Elizabete dos Santos Moreira; Emilia dos Santos Ferreira; Geísa Cristina Pereira Campos; Hannelore Vieth; Katiúscia Ramalho Cardoso; Linda Faye Lehman; Maria Madalena; Maria Aparecida Assis Patroclo; Marly Marques da Cruz; Shirlei Cristina Moreira; Wagner Nogueira.

Coordenação Editorial
Elcylene Leocádio

Projeto Gráfico e Editoração
Eduardo Trindade

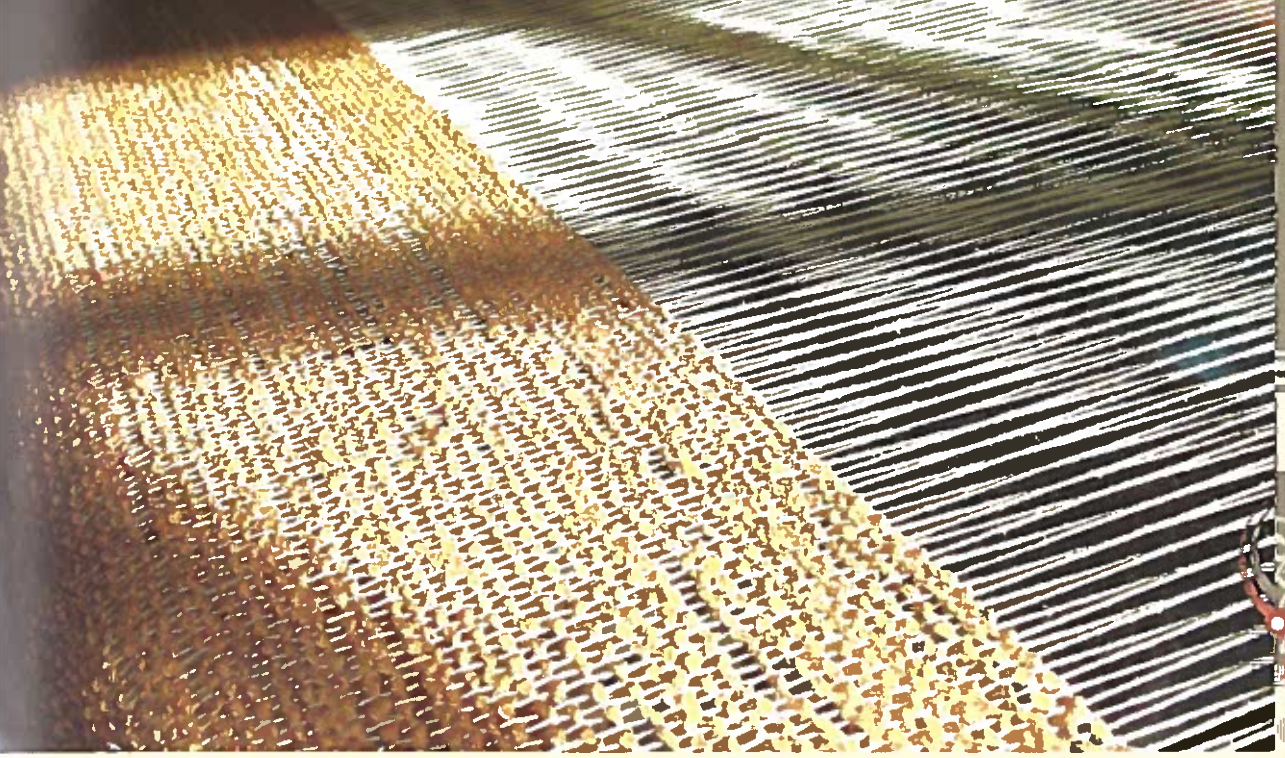
RESUMO 5
APRESENTAÇÃO 7
I. MENSAGEM 9
II. INTRODUÇÃO 13
III. COMPONENTES 21
1. COMPONENTE: VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA 21
1.1 Sinan: revisão de critérios e indicadores de monitoramento da endemia 21
1.2 Estudos de tendência, agregação e espacialização da hanseníase 23
2. COMPONENTE: GESTÃO 27
2.1 Planejamento 27
2.2 Monitoramento e avaliação 30
2.3 Descentralização das ações de controle para a atenção básica 31
2.4 Considerações sobre o desempenho das metas pactuadas no período 32
3. COMPONENTE: ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA PESSOA ATINGIDA PELA HANSENÍASE E SEUS FAMILIARES 39
3.1 Sobre o conceito de atenção integral 39
3.2 Diagnóstico, tratamento e vigilância de contatos 41
3.3 Prevenção de incapacidades físicas e reabilitação 42
3.4 Resgate social 43
4. COMPONENTE: COMUNICAÇÃO E EDUCAÇÃO 45
4.1 Formulação de diretrizes 45
4.2 Comunicação e saúde 47
4.3 Política de educação permanente em saúde 51
5. COMPONENTE: PESQUISA 58
5.1 Fortalecimento dos Centros de Referência 58
5.2 Implementação e financiamento de pesquisas 59
6. CONCLUSÃO DAS CONSIDERAÇÕES SOBRE OS COMPONENTES 61
IV. REUNIÕES ANUAIS DE MONITORAMENTO DO PNCH 63
V. PARCERIAS 65
VI. GESTÃO ORÇAMENTÁRIA E FINANCEIRA 69
VII. PALAVRAS FINAIS 77
VIII. SIGLAS E ABREVIATURAS 79
IX. ANEXOS 83
ANEXO 1 PORTARIA DE NOMEAÇÃO DO COMITÊ TÉCNICO ASSESSOR DO PNCH 83
ANEXO 2 NOTA TÉCNICA Nº 010/2007/PNCH/Devep/SVS/MS 86
ANEXO 3 NOTA TÉCNICA Nº 014/2008/PNCH/Devep/SVS/MS 90

RESUMO

"Ampliaram-se as parcerias com instituições de pesquisa, entidades científicas e organizações não governamentais da cooperação internacional e nacionais."

Este relatório registra um breve e intenso período de gestão do Programa Nacional de Controle da Hanseníase do Ministério da Saúde (PNCH/MS). Entre maio de 2007 a dezembro de 2008 trabalhou-se em todas as frentes estabelecidas em conjunto com os parceiros e grupos sustentadores do Programa. Foram conduzidos estudos de tendência da endemia, que se encontra em decréscimo em todas as regiões do País, embora o geoprocessamento dos casos novos recentes e a validação diagnóstica de casos em menores de 15 anos demonstrem a existência de focos de transmissão ativa, predominantemente nos nove estados da Amazônia legal. Ressalta-se principalmente a mudança do enfoque da meta de eliminação baseada na prevalência de período, para a diretriz de intensificar a redução da detecção, mediante a mobilização para a vigilância de contatos, especialmente dos casos em menores de 15 anos. Assim, a detecção de casos novos passa a ser o principal indicador de monitoramento da endemia. Definiram-se cinco componentes ou eixos estruturantes (vigilância epidemiológica, gestão, atenção integral, comunicação e educação e pesquisa), para operacionalização das estratégias e ações em todo o território nacional, respeitando-se a competência e atribuições das diferentes instâncias de gestão e pactuação do Sistema Único de Saúde (SUS). A diretriz de trabalhar cada componente, em conjunto com as interfaces que lhes são peculiares, fortaleceu a inserção do PNCH na macro-política do governo federal e nos pactos do SUS, ampliando as parcerias interministeriais e a integração com as áreas afins do MS. São exemplos: o trabalho com a gerência técnica do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) e o desenvolvimento de aplicativos e apoio técnico às coordenações estaduais e municipais visando a melhoria do registro e análise das informações; as articulações com o Departamento de Gestão da Educação em Saúde e com o Departamento de Atenção Básica e os avanços na integração com os órgãos de fomento à pesquisa, concretizada nos editais de 2008, com inserção da pesquisa em serviços de saúde. Foi dada visibilidade ao conhecimento produzido nessa linha de pesquisa mediante articulação com duas revistas científicas. É importante ressaltar a articulação com o Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (Incra) na busca de melhor cobertura para a população de assentados e o trabalho com organizações não governamentais da cooperação internacional, além da ampliação de parcerias nacionais. Visando a sensibilização e capacitação de profissionais de saúde e a orientação da população em geral, mudou-se a linha editorial dos materiais instrucionais e informativos, valorizando-se além dos conteúdos técnicos, a fala, a história de vida e as demandas das pessoas acometidas pela

doença. Assim também foi conduzida a campanha de mídia, cujos materiais estão disponíveis no Portal do Ministério da Saúde para replicação pelos gestores locais. O PNCH trabalhou em consonância com as recomendações dos relatórios de avaliação do Tribunal de Contas da União (realizada em 2005), do grupo de acompanhamento e avaliação independente Laboratório de Avaliação de Situações Endêmicas Regionais (Laser/Fiocruz), do Comitê Técnico Assessor, instituído pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) (Portaria nº27/13/07/2007) e pela Comissão de Monitoramento e Avaliação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SNVS). Todas as decisões e documentos técnicos normativos dessa gestão foram encaminhados ao Conselho Nacional de Saúde e disponibilizados na página eletrônica da SVS/MS. Os recursos financeiros do PNCH foram utilizados para fomentar o monitoramento e avaliação do programa nos estados e municípios, a articulação de ações, os processos de capacitação e a publicação de materiais técnicos e informativos. Um montante significativo de recursos foi repassado às instituições parceiras como estímulo à descentralização das ações. Um ano e meio é um período muito curto para se afirmar com segurança os avanços de uma gestão, pois várias iniciativas ainda não mostraram seus resultados práticos. Além disso, outros processos iniciados demandam tempo e esforço continuado de todas as esferas gestoras para sua consolidação. O relatório atual, portanto, representa um ponto de partida para a análise crítica do trabalho realizado e identificação de novos desafios a serem enfrentados nos próximos anos.



APRESENTAÇÃO

O trabalho realizado para o controle da hanseníase no Brasil entre maio de 2007 e dezembro de 2008 foi hercúleo, mas sabemos que ainda há muito por fazer, pois à medida que avançamos nas políticas de saúde, compreendemos melhor a complexidade dos problemas e as dificuldades operacionais e políticas do processo de descentralização e concretização do Sistema Único de Saúde (SUS).

A evolução das políticas de saúde de controle da hanseníase no Brasil demonstra a importância das organizações não governamentais, nacionais e internacionais, na proposição de ações, no apoio estratégico complementar às ações governamentais, na mobilização social e na crítica, sempre necessária ao crescimento do trabalho. Entretanto, é responsabilidade do governo aprofundar o conhecimento sobre os determinantes sociais, políticos e econômicos relacionados à manutenção dessa endemia e intervir de forma adequada para seu controle.

Hanseníase é doença para a qual não existe vacina específica e, portanto, não se pode estimar uma data para eliminá-la. O trabalho de controle desta doença consiste em garantir a efetividade do modelo de atenção baseado no diagnóstico precoce e tratamento oportuno, buscando evitar qualquer desinserção dos doentes da sociedade, mediante o fortalecimento da gestão descentralizada e integrada das três esferas de governo.

O sucesso nesse percurso não depende apenas dos gestores e gerentes da saúde e de outras áreas do governo, ou da sua competência técnica. Mas, fundamentalmente, do trabalho conjunto com a sociedade organizada e da capacidade do SUS de responder às demandas apresentadas pelos usuários.

Gerson Oliveira Penna
Secretário de Vigilância em Saúde

I - MENSAGEM

"Este relatório resume o que foi executado no período e é também uma prestação de contas à população, que tem direito à transparência dos atos públicos."

Em maio de 2007, ao assumirmos a Coordenação do Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH), optamos por estabelecer diretrizes operacionais para a execução de ações articuladas e integradas, dentro e fora do PNCH, procurando abranger todas as frentes de trabalho que esta política requer, para que as pessoas acometidas pela hanseníase tenham atendidos seus direitos e necessidades.

Sem perder de vista a intenção de superar o modelo verticalizado dos programas, as ações do PNCH foram redefinidas a partir de cinco eixos: vigilância epidemiológica; gestão; atenção integral aos pacientes e seus familiares; comunicação e educação e pesquisa. Grupos de trabalho foram constituídos, com a participação de colaboradores externos, para discuti-los e elaborar os princípios e diretrizes norteadores do programa, que foram apresentados na reunião nacional, realizada em junho de 2007.

Ao longo desta gestão, procurou-se realizar o PNCH com base nesses princípios e diretrizes, que, em resumo, são os seguintes:

- fortalecer a inserção da política sobre hanseníase nos pactos firmados entre gestores das três esferas de governo e nos instrumentos de macroplanejamento das políticas públicas de abrangência nacional;
- realizar ações de promoção, proteção à saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, envolvendo toda a complexidade da atenção à saúde;
- fomentar a ampliação da cobertura das ações com descentralização e prioridade à sua inclusão na atenção básica e na estratégia Saúde da Família;
- preservar a autonomia e a integridade física e moral das pessoas acometidas pela hanseníase e humanizar o atendimento;
- fortalecer as parcerias com a sociedade civil visando à mobilização social e ao controle social das políticas de saúde relacionadas à hanseníase; e
- atender aos interesses individuais e coletivos da população.

O desempenho do PNCH é acompanhado pela Comissão Nacional de Hanseníase do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e pelo Comitê Técnico Assessor (Anexo 1), que ordinariamente reúne-se duas vezes por ano e cuja função inclui: recomendar temas de pesquisa, sugerir a composição de comissões

técnicas para estudos específicos, colaborar com a produção e revisão de normas técnicas e assessorar o programa na implementação das ações com prioridade para as regiões prioritárias, segundo critérios epidemiológicos.

Ao analisarmos um ano e meio de percurso, percebemos que trabalhamos em todas as frentes definidas coletivamente. Cometemos erros, acertos e avançamos em vários aspectos. Em alguns lugares, reencontramos velhos problemas, em outros, soluções inovadoras e parceiros determinados e essenciais à execução do PNCH.

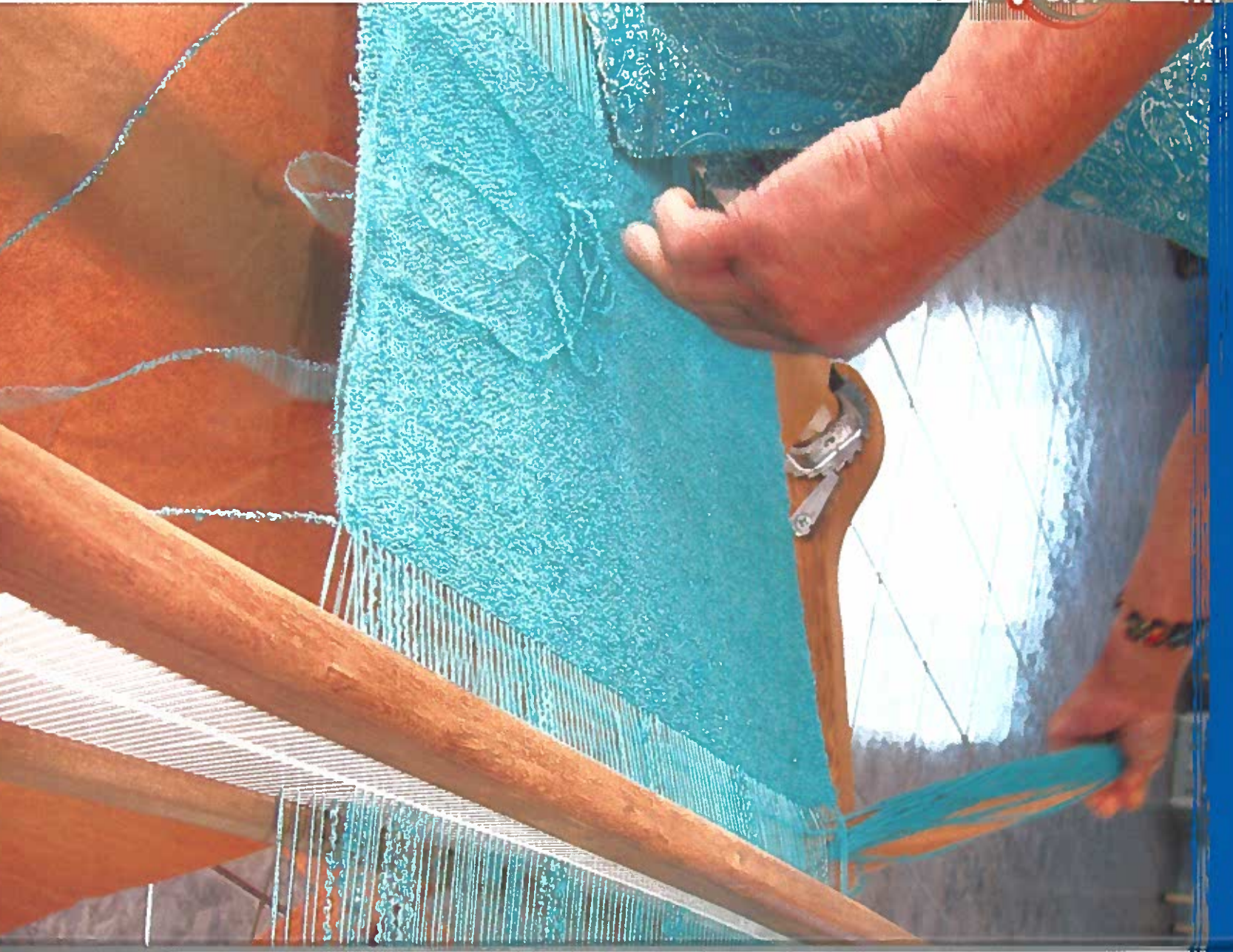
Este relatório resume o que foi executado no período e é também uma prestação de contas à população, que tem direito à transparência dos atos públicos. Ao entregá-lo, agradecemos ao apoio dos parceiros do Ministério da Saúde, das Secretarias de Saúde de Estados e Municípios, das universidades, das organizações não governamentais, nacionais e internacionais e de todos os colaboradores citados e aqueles que não foram citados, mas que se reconhecem como partícipes desse trabalho, pelo empenho, alegria e desprendimento. Agradecemos também às pessoas atingidas pela hanseníase que colaboraram conosco, parceiros e incentivadores de nossas ações e esforços na busca de um SUS mais humano e inclusivo. Desejamos que essa aglutinação de forças e a mesma motivação sejam mantidas na próxima gestão.

Equipe do PNCH

Equipe do PNCH, assessores externos e consultores

Videoconferência – educação à distância no Maranhão

II - INTRODUÇÃO



"A descentralização para a atenção básica deve vir acompanhada da estruturação da rede para a oferta da atenção integral e isso exige acompanhamento contínuo pelo PNCH."

Identificação de problemas e tomada de decisões

Com a perspectiva ética de avançar na ação política, respeitando o trabalho das gestões anteriores, deu-se continuidade às diversas ações e foram realizadas mudanças cuja necessidade já havia sido identificada por grupos que dão sustentação técnica e política ao PNCH. Essas mudanças estão relacionadas basicamente à meta de eliminação e à utilização do indicador de prevalência pontual para seu monitoramento e à verticalidade de algumas ações do PNCH.

No primeiro caso, as mudanças realizadas tinham como objetivo corrigir as distorções que levaram à superestimação do alcance da meta de eliminação e à subestimação do comportamento epidemiológico da doença, levando ao esgotamento dos estoques estratégicos de medicamentos para 2006 e 2007.

Desde 2004, o cálculo do coeficiente de detecção foi alterado pelo PNCH, passando-se a incluir como casos novos de hanseníase apenas aqueles presentes na base de dados do Sistema de Notificação de Agravos de Notificação (Sinan) em nível federal, até o dia 15 de janeiro, em lugar do dia 13 de março, como feito anteriormente. Como o Sinan não é um sistema atualizado em tempo real, nem todos os casos diagnosticados no ano anterior são incluídos em sua base de dados até janeiro. Esta situação alterou a estrutura da série histórica, provocando uma queda artificial do número de casos novos detectados. Também contribuíram para esta distorção o cálculo da prevalência de ponto, baseado apenas no número de casos em tratamento, no mês de dezembro. O acúmulo ano a ano de casos diagnosticados e não informados à Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)/ Organização Mundial de Saúde (OMS), organismos responsáveis por intermediar a provisão de medicamentos junto à Novartis, levou à doação de quantitativo inferior às necessidades do país, causando o desabastecimento das Unidades de Saúde e, consequentemente, a interrupção do tratamento de pacientes. Para solucionar o problema foram adotadas as recomendações da Nota Técnica nº 10/2007/PNCH/Devep/SVS (Anexo 2), disponível no endereço: http://www.saude.gov.br/svs.

Essas mudanças propostas pelo PNCH, além de aprovadas pelo Grupo Técnico de Vigilância em Saúde da Comissão Tripartite foram também submetidas e receberam apoio da Comissão de Monitoramento e Avaliação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SNVS), formada por indivíduos de notório saber, conforme citação abaixo:

> "A Comissão apóia a revisão do cálculo das taxas de prevalência e da detecção da doença, a não adoção do coeficiente de prevalência como indicador operacional para monitoramento e avaliação das ações do programa e a imediata notificação às autoridades internacionais dos valores atualizados para garantir o adequado abastecimento de medicamentos" (Relatório da 2ª Reunião da Comissão, realizada em Brasília, nos dias 18 e 19 de junho de 2007).

No segundo caso, para romper o enfoque vertical de algumas ações programáticas deu-se ênfase à descentralização das ações de controle da hanseníase, por ser a estratégia mais apropriada à ampliação do acesso aos diagnósticos e tratamentos precoces e à redução de incapacidades e de focos de transmissão da doença. Com este objetivo, buscou-se a adesão dos estados e municípios à política de descentralização e fortalecimento da atenção básica e da estratégia Saúde da Família.

Essa proposta é consenso nacional, porém, existem obstáculos à sua implementação na maioria dos estados. Nos municípios com baixa endemicidade, o número reduzido de casos novos não estimula a inserção da hanseníase nos programas de capacitação permanente de profissionais da atenção básica para suspeição, diagnóstico e tratamento, dando-se prioridade a agravos mais prevalentes. O resultado é o aumento, nessas áreas, do diagnóstico tardio, em pessoas já com incapacidades instaladas. Já nos municípios com média ou alta endemicidades, onde é inquestionável a necessidade de descentralização das ações de controle, ainda há resistência à descentralização do diagnóstico das unidades de referência para a atenção básica. Parece necessário esclarecer que descentralizar não significa eliminar a referência para os casos mais complexos, assim como reiterar que não faz sentido encaminhar 100% dos casos suspeitos para confirmação diagnóstica em unidades de referência.

A descentralização para a atenção básica deve vir acompanhada da estruturação da rede para a oferta da atenção integral e isso exige acompanhamento contínuo pelo PNCH. Muitos municípios ou estados não garantem acesso e acessibilidade aos serviços de média e alta complexidades, nem trabalham de modo integrado com outros setores fundamentais ao cuidado da pessoa em tratamento, e em particular àquelas portadoras de sequelas ou incapacidades que necessitam da assistência e previdência sociais. Nesse sentido, é preciso aprofundar o debate e definir com clareza a linha de cuidado à pessoa acometida pela hanseníase no SUS.

Outro problema que vem sendo discutido há longo tempo, mas que ainda exige esforços e intermediação da gestão central para que sejam encontradas soluções adequadas a cada realidade, é a situação de ex-pacientes residentes em áreas de ex-colônias, assim como a indefinição de algumas dessas unidades na estrutura da rede pública de saúde, no âmbito da administração municipal.

Nesse contexto, as primeiras decisões desta Coordenação do PNCH foram:

- buscar a aproximação e a integração com áreas afins no MS, em particular com a Gerência do Sinan/SVS, com o Departamento de Atenção Básica/ SAS e com o Departamento de Gestão da Educação em Saúde/ Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGETES, setores fundamentais para a execução das ações relativas à informação, à descentralização e à capacitação permanente dos profissionais de saúde;
- mudar o foco de trabalho, adotando como perspectiva o controle da hanseníase e não a sua eliminação;
- definir as diretrizes operacionais e interfaces necessárias ao estabelecimento de ações de controle e dos parâmetros de acompanhamento nas três esferas gestoras do SUS;
- ampliar e fortalecer a parceria com os sustentadores do PNCH.

Controle da endemia, indicadores e metas

O controle da hanseníase é baseado no diagnóstico precoce de casos, seu tratamento e cura, visando eliminar fontes de infecção e evitar as sequelas resultantes do diagnóstico tardio e da falta de acompanhamento adequado. Foi definido como indicador de monitoramento do comportamento da hanseníase no Brasil o coeficiente de detecção geral e em menores de 15 anos, que expressa a força de transmissão recente e a tendência da endemia. Também foi instituída sua apresentação por 100.000 habitantes para facilitar a realização de análises comparativas com outras doenças. Essa mudança tem sido divulgada amplamente, em todos os eventos nacionais e internacionais, e encontra respaldo nas comunidades científicas.

A meta de redução do coeficiente de detecção em menores de 15 anos em 10%, até 2011, foi inserida no Programa Mais Saúde: Direitos de Todos – 2008 – 2011/Programa de Aceleração do Crescimento (PAC). Este indicador expressa a transmissão recente da hanseníase e os focos ativos de transmissão. Estudos de tendência realizados pelo PNCH mostram a desaceleração na ocorrência de casos novos em crianças, no entanto, ainda existem no Brasil muitas áreas endêmicas, com aglomerados de casos e elevada incidência em menores de 15 anos.

O indicador proporção de cura entre os casos novos diagnosticados foi adotado para monitoramento das ações do PPA e do Pacto de Gestão, aborda-

dos mais adiante. Este indicador contém resultados das atividades de captação de casos e mede a efetividade dos serviços em assegurar a adesão ao tratamento até a alta. É um indicador de grande relevância, uma vez que a cura reduz os focos de contágio. Espera-se atingir 90% de cura dos casos em tratamento até 2011.

Além desses indicadores, foram inseridos – como ações – na Programação das Ações de Vigilância em Saúde – PAVS: avaliar o grau de incapacidades físicas I e II nos casos novos de hanseníase diagnosticados; avaliar o grau de incapacidades físicas I e II nos casos curados de hanseníase e examinar os contatos intradomiciliares dos casos novos de hanseníase, de acordo com as normas preconizadas. Embora constituam indicadores já padronizados e utilizados no PNCH, não foram estabelecidas metas nacionais, ficando os estados responsáveis por apresentarem suas propostas, de acordo com as necessidades locais e tendo em vista os parâmetros recomendados.

O Quadro 1 apresenta a síntese dos indicadores, metas, parâmetros de avaliação e a situação de cada um em 2008. A definição desses indicadores foi acompanhada de investimentos para a melhoria da qualidade da informação e maior clareza na interpretação dos resultados, o que será abordado mais adiante no componente Vigilância Epidemiológica.

Detalhe do filme da campanha de mídia sobre hanseníase: "Saúde, é bom saber."

QUADRO 1 – Indicadores do PNCH no macroplanejamento de governo e nos pactos do SUS

Indicador	Inserção	Meta	Situação 2008
Descentralizar ações de controle para UBS	PPA	Aumentar de 38% (2007) para 50% UBS/ACH em 2008 15.750 UBS/ACH	12.949 (*) UBS/ACH Meta atingida: 82,2%
Coeficiente de detecção de casos novos em menores de 15 anos	PAC - Mais Saúde	Reduzir em 10% o coeficiente de detecção em menores 15 anos, no país, até 2011	2007: redução de 13,63% no coeficiente e 11% nos valores absolutos. 2008: avaliação em julho de 2009, com o fechamento dos dados
Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes PB e MB	PPA Pacto de Gestão	Mínino aceitável: 75% 2008: 85% - 2009: 87% 2010: 89% - 2011: 90% ou + Referências: ≤ 74,9% de cura em 2006, ampliar no mínimo, em 5% De 75% a ≤ 84,9% de cura em 2006, ampliar no mínimo em 5% De 85% a ≤ 89,9% de cura em 2006, atingir no mínimo 90% de cura ≥ a 90% em 2006, manter ou ampliar	2007: 80,3% Períodos: PB - 2006 MB – 2005
Avaliação do Grau de Incapacidade Física entre os casos novos do ano no momento do diagnostico	PAVS	Referência: 85% em 2006 Parâmetros: Precário: ≤ 75% Regular: 75% a 84,9% Bom: ≥ 85%	2007: 85,3%
Avaliação do Grau de Incapacidade Física entre os casos novos do ano no momento da alta por cura	PAVS	Meta a ser estabelecida pelos estados e municípios Parâmetros: Precário: ≤ 75% Regular: 75% a 84,9% Bom: ≥ 85%	2007: 63,8%
Proporção de examinados entre os contatos intradomiciliares dos casos novos registrados	PAVS	Referência: 43,8% em 2006 Parâmetros: > 50% / ano	2007: 49,8% 2008: 6,2% de incremento, segundo dados preliminares do Sinan-NET em novembro de 2008 (*)

UBS/ACH – Unidade básica de saúde com ações de controle da hanseníase
(*) Dados sujeitos a alterações

Diretrizes operacionais do PNCH

a. Perguntas avaliativas*

Durante a primeira reunião de monitoramento das ações de controle da hanseníase desta gestão, realizada em 2007, foram apresentadas as perguntas avaliativas que nortearam as discussões em grupo e as recomendações para a gerência central do PNCH, na gestão em curso.

1. O modelo atual de controle e execução das ações desenvolvidas pelo PNCH tem procurado se consolidar de maneira a dar sustentabilidade ao processo de eliminação da hanseníase?
2. Que estratégias vêm sendo implementadas para assegurar o acesso equânime, regionalizado e hierarquizado dos usuários?
3. Que estratégias vêm sendo implementadas para assegurar o monitoramento do potencial incapacitante da hanseníase na atenção básica, e a reabilitação de incapacidades físicas nos serviços de média e alta complexidade?
4. O conhecimento produzido pela comunidade científica tem contribuído para solucionar problemas identificados na gestão, no diagnóstico, no tratamento, na reabilitação e na vigilância epidemiológica?

b. Componentes técnicos ou eixo estruturantes do PNCH

Acompanhando a política do MS, foram delineados os cinco componentes técnicos ou eixos estruturantes da programação, monitoramento e avaliação do PNCH, guardando-se o respeito à autonomia dos estados e municípios e ao macroplanejamento e gestão do SUS. As ações de cada componente estão integradas às de outras áreas programáticas do MS e apresentam inúmeras interfaces dentro e fora do SUS (Figura 1). Os componentes são dinâmicos e vêm sendo aperfeiçoados ao longo do trabalho para responder de forma mais eficaz e eficiente às mudanças políticas propostas.

*Nota 1 - As perguntas avaliativas, base da formulação das diretrizes definidas em 2007, mantiveram se como eixos do monitoramento, assim como da avaliação externa que está sendo realizada pela equipe do Laboratório de Avaliação de Situações Endêmicas Regionais (Laser), da Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz). O Laser propôs sua manutenção em um contínuo e dinâmico monitoramento, permeando todos os processos de acompanhamento do PNCH, e culminando com uma avaliação até a esfera local (em andamento).

Nota 2 - É importante salientar que o Tribunal de Contas da União (TCU) realizou um diagnóstico sobre as ações para eliminação da hanseníase no período 2004/2006. Algumas das estratégias desta gestão seguem recomendações dessa avaliação, quais sejam: parceria com o Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (Incra) para atuação em áreas de assentamentos, proposta de comunicação e educação e redirecionamento da seleção de áreas hiperendêmicas.

FIGURA 1 – PNCH: componentes e interfaces políticas e operacionais

TCU

PPA 2008-2011
PAC Mais Saúde
Pacto de Gestão
Pacto pela Vida
PAVS
PPI Assistencial

MP/AMPASA

Secretaria de Assistência à Saúde: DAE, DRAC, DAPS, DAB

Secretaria de Vigilância em Saúde: Dasis, Sinan, CGPLO, CGDEP, Nucom, Diges, CGLAB

Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde: Tele-Saúde, RET-SUS, Pró-Saúde

Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos: Decit, DAF

Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa: Ouvidoria, Disque Saúde, Dagep

Ascom: Rádio Saúde

Secretaria Executiva: FNS, RIDE

Funasa/Desai

Anvisa

CNS/Comissão de Hanseníase

Incra

Secretaria Especial dos Direitos Humanos

Ministério da Educação

Ministério da Cultura

Parcerias nacionais:
IBIS/REPREHAN
Ordem de Malta
Morhan
Gamah
Franciscanos

Correios e Telégrafos
Brasil Telecom

UFRJ-IESC
ENSP/Fiocruz-Laser
USP-Projeto Homem Virtual

Sociedades Científicas:
ABEn, SBD, SBH

Parcerias internacionais:
ILEP-DAHW, NLR, AIFO, LRA, Damien Foundation, Sassakawa, IDEA

OPAS

Conass Conasems

III - COMPONENTES

"A detecção de casos de hanseníase em menores de 15 anos tem a conotação de evento-sentinela da transmissão da doença."

1 Componente: vigilância epidemiológica

Este componente divide-se em dois subcomponentes: monitoramento do Sinan e análise das informações sobre a endemia.

1.1 Sinan: revisão de critérios e indicadores de monitoramento da endemia

A aproximação do PNCH com a Gerência Técnica do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (GT-Sinan/CGDT/Devep) e a instituição de um Grupo de Trabalho para o diagnóstico dos problemas ocorridos com a informação sobre hanseníase no Brasil resultaram em relatórios e recomendações que foram submetidos a um grupo de epidemiologistas de notório saber e, posteriormente, à Comissão de Monitoramento e Avaliação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. Com base nesse processo, foi elaborada e publicada a Nota Técnica nº 10, de agosto de 2007, que instituiu os indicadores de detecção geral e detecção em menores de 15 anos para monitoramento da endemia no país, ficando o indicador de eliminação, baseado na prevalência, restrito à comparabilidade com outros países.

Evento-sentinela – ações para fortalecer a nova abordagem

A detecção de casos de hanseníase em menores de 15 anos tem a conotação de evento-sentinela da transmissão da doença. A inserção desse indicador no PAC – Mais Saúde levou à adoção das seguintes medidas:

a. Apoio e capacitação para manuseio do Sinan e análise de dados, em articulação com a gerência do Sinan: capacitação dos gerentes estaduais e de todas as capitais; apoio aos processos de capacitação em estados; as-

sessorias aos estados com maiores problemas; alocação de um técnico no PNCH para interlocução e assessoramento direto aos estados, o que vem facilitando o manejo dos problemas ocorridos na migração do Sinan – *Windows* para o novo aplicativo Sinan-NET; avaliações contínuas na base de dados de hanseníase em âmbito nacional, em conjunto com alguns estados, sendo possível a identificação e correção de diversos problemas.

b. Análise da duplicidade de registro em uma série de 2001-2006, pelo Departamento de Avaliação de Situação de Saúde (Dasis), sendo detectados 10% de casos nesta situação pela não observância de uma rotina do Sinan na entrada do dado no sistema. Os coordenadores do PCH e interlocutores do Sinan nas diretorias regionais e municípios vêm sendo orientados para execução de procedimentos de rotina que evitam a duplicidade de registro de pacientes.

Fisioterapeuta dá orientações básicas a paciente

c. Elaboração de novos instrumentos e realização de atividades para garantir a confiabilidade das informações relativas aos menores de 15 anos: monitoramento das novas notificações e encaminhamento para verificação de dados aberrantes nas SES/SMS; publicação da Nota Técnica nº 14, de novembro de 2008 (Anexo 3), para implementar a investigação epidemiológica desses casos nos municípios de sua ocorrência. Elaboração e discussão, em diversas instâncias gestoras do SUS, do Protocolo de Investigação de Casos Diagnosticados em menores de 15 anos (PICD<15 anos). A operacionalização do PICD<15 anos exige a mesma estratégia de discussão nos estados e municípios, definição de fluxo das informações e capacitação da rede, quanto à finalidade do uso do instrumento, o que está sendo executado.

d. Divulgação ampla da nova abordagem em atividades e eventos técnico-científicos repercutindo em matérias importantes publicadas em jornais de grande circulação e da área da saúde (Diário de Pernambuco, RADIS e Jornal da Sociedade Brasileira de Infectologia).

HOMENAGEM

O Ministério da Saúde homenageia as jornalistas Marcionila Teixeira e Sílvia Bessa pelo brilhante trabalho "Hanseníase – a doença mais antiga da história ameaça as novas gerações do Brasil", publicado como Caderno Especial do Diário de Pernambuco, em 18 de maio de 2008. A reportagem venceu na Categoria Regional 1 do Prêmio Esso 2008, que engloba publicações do Nordeste, Norte e Espírito Santo. Instituído em 1955, esse prêmio significa o reconhecimento do mérito dos profissionais da imprensa. A escolha dos melhores trabalhos é feita por uma comissão de jornalistas e especialistas da área.

Aplicativos para elaboração de relatórios do Sinan-NET

A Gerência Técnica do Sinan e o PNCH desenvolveram o aplicativo "Relatório Sinan-NET" para a produção de relatórios específicos sobre coortes de casos paucibacilares (PB) e multibacilares (MB); possíveis faltosos; abandono e tabulação de dados sobre hanseníase. Esses aplicativos foram testados, validados e encaminhados aos estados pela Gerência do Sinan, contribuindo, de modo geral, para a melhoria da informação e tomada de decisão pelos gestores. Atualmente, este aplicativo é utilizado para todos os agravos que estão no Pacto de Gestão.

1.2 Estudos de tendência, agregação e espacialização da hanseníase

Os estudos de tendência a partir de longas séries históricas fornecem informações que elucidam o comportamento de uma doença crônica e endêmica como a hanseníase. O primeiro estudo de tendência realizado no Brasil, em 1987, mostrava um padrão ascendente da endemia no país, com início de estabilização na região Sul. O segundo, realizado em 1997, constatava sua redução na região Sul e em São Paulo, mas ainda uma tendência ascendente nas demais regiões. Um dos objetivos cumpridos nessa gestão foi atualizar os estudos de tendência da hanseníase.

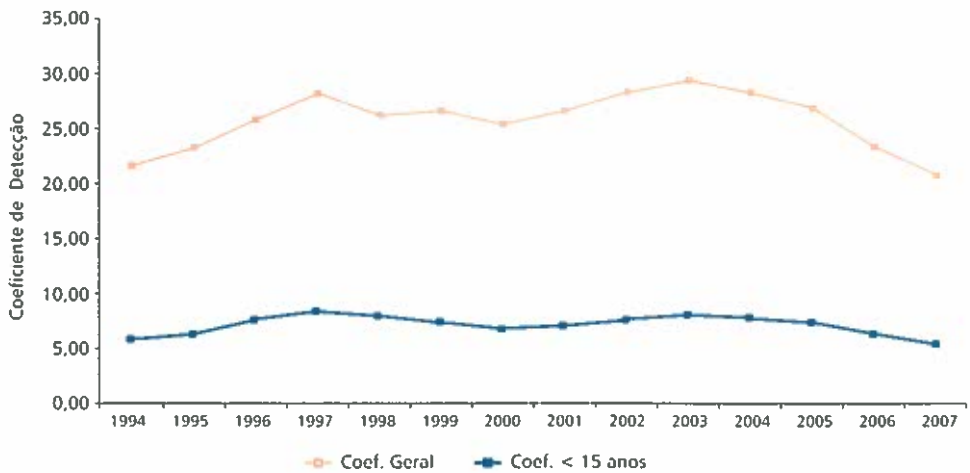
No estudo de 2007/2008, os dados foram analisados segundo duas perspectivas, a primeira para compreender o comportamento da doença ao longo das duas últimas décadas; a segunda para identificar a distribuição espacial

dos focos ativos no país. O estudo concluiu que parece haver um esgotamento na produção de novos casos (Gráfico 1). A tendência à estabilização da hanseníase em todos os estados no Brasil foi evidenciada pela análise de longas séries históricas de detecção geral de casos novos e em menores de 15 anos, porém, ainda em patamares de alta detecção nas regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste (Gráficos 2 e 3). Os seis estados com maiores coeficientes de detecção fazem parte da Amazônia Legal (Gráfico 4). No segundo estudo, foram identificados cerca de 40 aglomerados de casos (*clusters)* no país. Os 10 *clusters* mais significativos são responsáveis por mais de 50% dos casos novos recentes e também estão localizados principalmente nas regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste (Figura 2).

As novas informações epidemiológicas têm orientado o investimento na melhoria da efetividade das ações de controle na Amazônia Legal, estimulado os gerentes a aprofundarem o conhecimento sobre a situação epidemiológica de seus estados e municípios e orientou o edital de pesquisa do Departamento de Ciência e Tecnologia do MS (Decit/MS)/Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) de 2008.

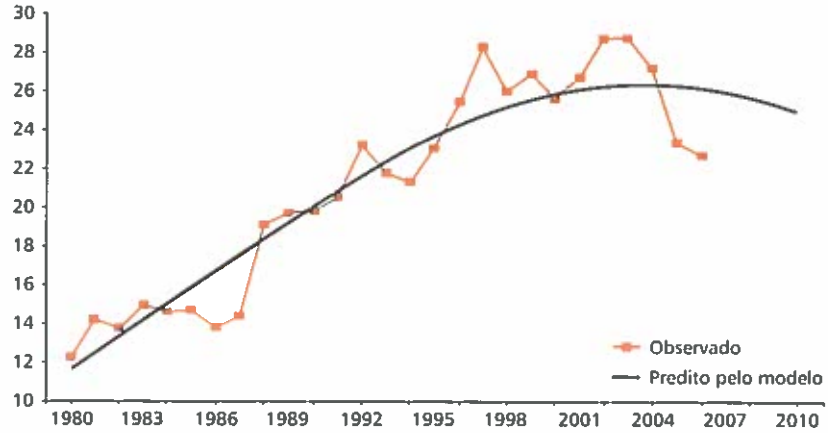
Informações detalhadas sobre essa análise foram publicadas no boletim "Vigilância em Saúde: situação epidemiológica da hanseníase no Brasil", elaborado pelo PNCH/SVS e publicado no segundo semestre de 2008; disponível no site <http://www.saude.gov.br/svs>; contato: hanseniase@saude.gov.br.

GRÁFICO 1 – Coeficientes de detecção de casos novos de hanseníase na população total e em menores de 15 anos de idade por 100.000 habitantes, Brasil, 1994 - 2007.



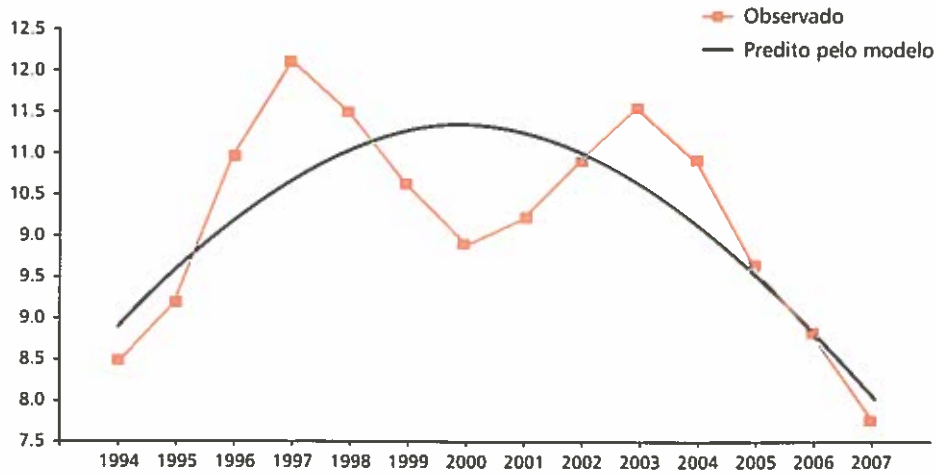
Fonte: Sinan/SVS-MS

GRÁFICO 2 – Tendência do coeficiente de detecção de casos novos de hanseníase por 100.000 habitantes, valores observados e preditos, Brasil, 1980 – 2010.



PENNA, MLF/MS, 2008

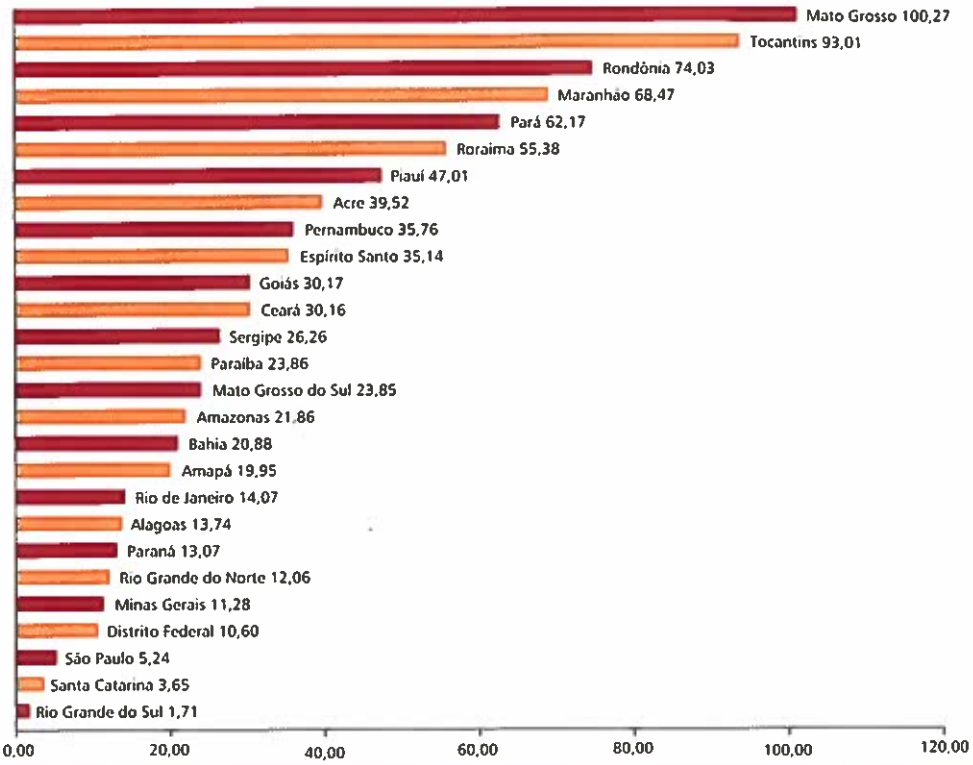
GRÁFICO 3 – Tendência do coeficiente de detecção de casos novos de hanseníase em menores de 15 anos de idade por 100.000 habitantes, valores observados e preditos, Brasil, 1994 – 2007.



PENNA, MLF/MS, 2008

BIBLIOTECA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

GRÁFICO 4 – Coeficiente de detecção de casos novos de hanseníase por 100.000 habitantes, estados da Federação, Brasil, 2007.



Fonte: Sinan/SVS MS

FIGURA 2 – Os 10 primeiros *clusters* de casos de hanseníase, identificados por meio do coeficiente de detecção de casos novos no período de 2005 a 2007, Brasil*.

PENNA, MLF/MS, 2008

*O *cluster* 10 tem efeito de borda, isto é, não existem dados para o outro lado da fronteira, por isso é irregular.

Trabalho em grupo: Oficina Macrorregional Nordeste de Comunicação e Educação

2 Componente: gestão

Este componente divide-se em três subcomponentes: planejamento, monitoramento, avaliação e descentralização das ações de controle para a atenção básica.

2.1 Planejamento

PNCH no macroplanejamento do Governo Federal

Atualmente, o PNCH está inserido no Plano Plurianual (PPA) 2008 – 2011, aprovado pela Lei nº 11.653, de 7 de abril de 2008. Instrumento de macroplanejamento, o PPA organiza a ação governamental estabelecendo as diretrizes, objetivos e metas da administração pública federal por meio da elaboração de programas. Cada programa constitui um instrumento que articula um conjunto de ações – orçamentárias e não orçamentárias – suficientes para o enfrentamento de problemas e demandas da sociedade. O PNCH é uma ação orçamentária.

O monitoramento e avaliação dos projetos e programas de governo inseridos no PPA são realizados pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão por meio do Sigplan – Sistema de Informações Gerenciais e de Planejamento. No Ministério da Saúde, especificamente na Secretaria de Vigilância em Saúde, este processo está sob a responsabilidade da Coordenação-Geral de Planejamento e Orçamento (CGPLO) e é realizado por meio do Sisplam – Sistema de Planejamento, Monitoramento e Avaliação de Ações em Saúde.

Mensalmente, o PNCH insere no referido sistema as informações relativas às metas, indicadores e atividades. Após análise crítica e validação, essas informações migram do Sisplam para o Sigplan para consolidação geral do processo de monitoramento e avaliação do PPA.

A inserção do PNCH no PPA dá grande visibilidade às ações de controle da hanseníase, demonstra que o programa é uma das prioridades de governo e representa um passo importante na garantia de sua execução. Com o propósito de fortalecer as ações do Programa em âmbito local, nas capacitações em M&A tem-se recomendado aos gestores que eles participem do macroplanejamento e procurem inserir as ações de controle da hanseníase nos planos estaduais e municipais.

Os indicadores do PPA são: a proporção de unidades básicas de saúde (UBS) com programa implantado nos municípios prioritários e a proporção de cura entre os casos novos diagnosticados, este último é também o único indicador do PNCH no Pacto de Gestão.

PNCH no PAC Mais Saúde 2008 – 2011 Ministério da Saúde

O PNCH faz parte do Programa Mais Saúde 2008 – 2011: um direito de todos, do Ministério da Saúde, com a meta de redução da detecção de casos novos de hanseníase em menores de 15 anos estipulada em 10% para o período 2008 – 2011. As ações para atingi-la estão voltadas principalmente à vigilância epidemiológica, fomento das ações de atenção integral às pessoas acometidas pela hanseníase e seus familiares e mobilização social, descritas nos respectivos componentes e subcomponentes.

Indicadores do PNCH nos pactos do SUS

O Pacto pela Saúde, publicado pela Portaria GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, contempla três dimensões: Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Este pacto resultou do trabalho de técnicos de diversas áreas e da direção do MS, do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde

"O Pacto pela Vida é um compromisso entre gestores das três esferas de governo em torno de prioridades que causam grande impacto na saúde da população brasileira."

(Conass), do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) e foi aprovado pela Comissão Intergestora Tripartite (CIT) e pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS).

a. Proporção de cura da hanseníase no Pacto pela Vida

O Pacto pela Vida é um compromisso entre gestores das três esferas de governo em torno de prioridades que causam grande impacto na saúde da população brasileira. Ele estabelece como uma de suas metas o fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, entre as quais se inclui a hanseníase. Neste pacto, foi instituído um único indicador para as três esferas do SUS, que é a proporção de cura entre os casos novos diagnosticados, cuja meta corresponde a 85% até 2008.

b. Avaliação de incapacidades e exames de contato na Programação das Ações de Vigilância em Saúde – PAVS

O Pacto pela Saúde, por meio da Portaria nº 91/GM, de 10/01/2007, determinou a unificação dos processos de pactuação relacionados à Atenção Básica (Pacto de Atenção Básica), Vigilância em Saúde (Programação das Ações Prioritárias de Vigilância em Saúde – PAP-VS) e Gestão do SUS (indicadores do Pacto pela Vida). Em 2008, de acordo com a definição do Grupo Técnico de Vigilância em Saúde/GT-VS/CIT e Portaria nº 64/2008/GM/MS, a PAP-VS passou a chamar-se Programação das Ações de Vigilância em Saúde – PAVS.

Na PAVS para 2008/2009, três indicadores habitualmente utilizados em hanseníase foram inseridos como ações, sem definição de meta nacional: avaliar o grau de incapacidades físicas I e II nos casos novos de hanseníase; avaliar o grau de incapacidades físicas I e II nos casos curados de hanseníase e examinar os contatos intradomiciliares dos casos novos de hanseníase, de acordo com as normas preconizadas.

2.2 Monitoramento e avaliação

Existem diversas iniciativas e possibilidades de monitoramento no SUS e o desafio é integrá-los, ampliando assim a efetividade dos mesmos:

Monitoramento das ações de controle da hanseníase

O monitoramento das ações de vigilância em saúde é coordenado pela Diretoria Técnica de Gestão – Diges/SVS. Um grupo composto por 20 técnicos executam o monitoramento *in loco* duas vezes por ano nas SES, uma vez nas SMS das capitais e em 25% dos municípios com mais de 100.000 habitantes e em municípios que recebem recursos do Projeto Vigisus.

O monitoramento e avaliação das ações e indicadores do PNCH, coordenado pela Diges, têm como base as ações da PAVS (avaliar o grau de incapacidade física no diagnóstico e na cura e examinar os contatos intradomiciliares) e o Pacto pela Vida, cujo indicador é a proporção de cura de casos novos de hanseníase.

Em 2008, após acordo tripartite (MS, Conass e Conasems), houve mudança no fluxo de construção da PAVS, que consiste basicamente na definição de parâmetros nacionais para cada ação e não na proposição de metas para as unidades federadas, ficando sob a responsabilidade de cada SES apresentar sua proposta. Outra mudança proposta foi que as ações da PAVS para 2008 sejam também programadas para 2009.

Vale ressaltar que muitos estados, compreendendo a importância das ações da PAVS para o controle da hanseníase, vêm pactuando indicadores e metas municipais.

Iniciativas de M&A do PNCH

No âmbito do Ministério da Saúde, a equipe do PNCH tem se reunido com os técnicos que realizam monitoramento das metas pactuadas na SVS, que também avaliam o Pacto pela Saúde, para discussão desse processo. Entretanto, é necessário participar de outras ações de monitoramento conduzidos por outras secretarias do MS, como, por exemplo, a Secretaria de Gestão Participativa.

Em relação aos estados e municípios, foram tomadas diversas iniciativas:

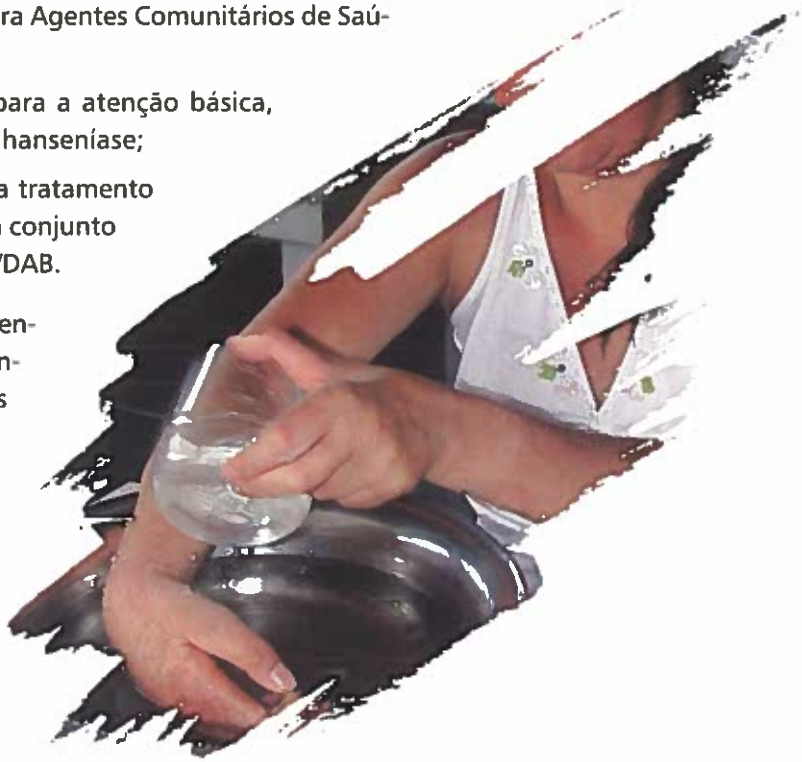
- Contratação de técnicos assessores para monitorar as informações da base nacional do Sinan e dos estados endêmicos com maior fragilidade na informação. Com base nesse trabalho, planilhas com dados discrepantes são encaminhadas periodicamente para análise pelas gerências estaduais, porém, nem todas as gerências respondem à demanda.
- Assessorias especializadas em prevenção e reabilitação física para identificar os estados com maior fragilidade na implantação dessas atividades.

- Fortalecimento do M&A nos estados e municípios, atendendo recomendação de avaliações do PNCH, realizadas pelo TCU e Laser, para investimento nas gerências regionais e municipais.
- Realização de oficinas de capacitação em monitoramento e avaliação com foco na melhoria do programa de hanseníase para formação de profissionais de saúde e coordenações estaduais e municipais das áreas prioritárias. Busca-se, com isso, instrumentalizar as equipes dos programas locais com ferramentas de planejamento baseadas em modelo lógico. Nessas oficinas também são discutidos os indicadores pactuados para controle da endemia.

2.3 Descentralização das ações de controle para a atenção básica

Para intensificar a descentralização das ações de controle da hanseníase, o PNCH procurou trabalhar integrado à atenção básica no âmbito do MS e das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e todas as diretrizes de descentralização das ações finalísticas do programa foram formuladas de acordo com os princípios norteadores da Política Nacional da Atenção Básica, coordenada pela SAS/MS. Embora não se tenha conseguido avançar, alguns resultados positivos já podem ser evidenciados:

- melhor integração das gerências técnicas estaduais de Vigilância Epidemiológica e Atenção Básica, seguindo a diretriz da SVS;
- inserção do tema hanseníase em materiais didáticos e informativos do DAB: Informe da Atenção Básica nº 42 e Manual da Atenção Básica nº 21;
- atualização do manual de hanseníase para Agentes Comunitários de Saúde (ACS);
- aquisição de *kits* de monofilamentos para a atenção básica, para atender pacientes com diabetes e hanseníase;
- elaboração de manual de condutas para tratamento de úlceras em hanseníase e diabetes, em conjunto com a equipe do Programa de Diabetes/DAB.



O acompanhamento do processo de descentralização requer definição clara e de consenso sobre o conceito e mecanismos confiáveis de aferição do número de unidades com programa implantado e do número total de unidades básicas de saúde existentes. A construção desse indicador apresenta vários problemas. Em primeiro lugar, não há um consenso plenamente estabelecido em relação ao conceito de programa implantado. Há muitos questionamentos

e discussões, mas o assunto não está esgotado. Em reunião com assessores do PNCH, foi elaborada uma proposta que prevê para essas UBS a execução das seguintes atividades: diagnóstico, tratamento, vigilância de contatos, prevenção de incapacidades físicas e atividades de comunicação e educação. Contudo, foi apontada a necessidade de se estabelecer critérios com base nessa definição e construir parâmetros que definam três estágios: programa implantado, parcialmente implantado e não implantado. Em segundo lugar, discute-se a aplicabilidade deste conceito em municípios com baixa endemicidade, onde a maioria das unidades não têm casos a diagnosticar e tratar. Além disso, os dados relativos às unidades com o programa implantado não são coletados a partir de um sistema nacional de informações, com critérios bem definidos para registro, o que pode resultar em diferentes interpretações e maior ou menor rigor no julgamento dos gerentes sobre a situação de seus municípios e estados. Outra questão problemática é a alimentação do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) pelos municípios. Em alguns locais há duplicidade de registro de unidades; assim como o registro do mesmo endereço para várias Unidades de Saúde.

2.4 Considerações sobre o desempenho das metas pactuadas no período

Indicador do PPA – Descentralização para as UBS

Com base nas informações das gerências estaduais foi elaborado o Quadro 2, que apresenta a situação atual nos estados. Vale salientar que pelos problemas mencionados faz-se necessário analisar a viabilidade de correção ou buscar outros mecanismos para avaliar o grau de descentralização das ações de controle da hanseníase na atenção básica.

QUADRO 2 – Cobertura de diagnóstico, tratamento e vigilância epidemiológica da hanseníase na atenção básica

Região / Estados		Todos os municípios	
		UBS Existentes – CNES (PAB-1)	UBS / ACH*
Norte	AM	675	272
	PA	1.626	631
	TO	338	336
	AP	211	Sem informação
	AC	263	112
	RO	462	134
	RR	252	53
Nordeste	MA	557	201
	PI	1053	312
	CE	1.448	1433
	RN	668	357
	PB	401	273
	PE	996	513
	AL	753	512
	SE	597	299
	BA	1.156	388
Sudeste	SP	4.384	887
	ES	902	286
	MG	5.120	2.066
	RJ	1.986	720
Sul	PR	2.514	660
	SC	1.735	294
	RS	2.453	325
Centro-Oeste	MT	915	817
	GO	1.291	877
	DF	155	49
	MS	503	142
BRASIL		34.414	12.949

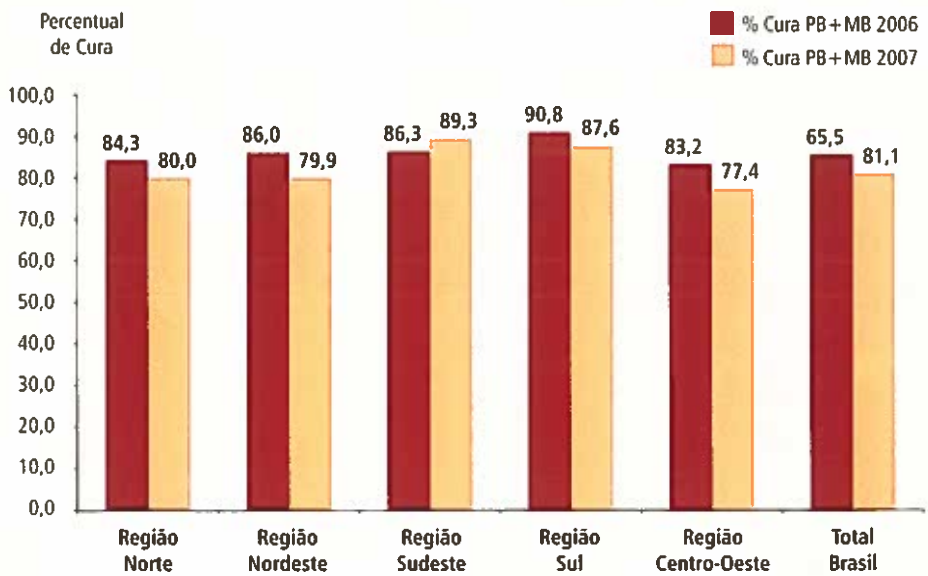
*UBS/ACH – Unidades básicas de saúde com ações de controle da hanseníase.

Fonte: Quadro elaborado pelo PNCH, com base em informações fornecidas pelos programas estaduais.

Indicador do PPA e do Pacto pela Vida – Proporção de cura

A proporção de casos curados nas coortes avaliadas em 2007 foi de 80%. Percentual menor que o alcançado em 2006, quando se chegou a 85%. Segundo os estados, dois problemas comprometeram o cumprimento da meta do Pacto pela Vida em 2007: o desabastecimento de medicamentos específicos, em particular no segundo semestre, e dificuldades no aplicativo Sinan-NET, com referência à saída de casos do sistema. O Gráfico 5 apresenta os percentuais de cura de hanseníase nas coortes paucibacilares e multibacilares por regiões, em 2006 e 2007, e a Tabela 1 apresenta esses resultados segundo as unidades da Federação, em 2007, na qual estão destacados os estados que não atingiram o mínimo aceitável de 75% de cura (AP, RR, RN e GO).

GRÁFICO 5 – Percentuais de cura entre os casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes de paucibacilares e multibacilares, regiões e Brasil, 2006 e 2007.



Fonte: Sinan/SVS MS – Base Nacional revisada em 26/11/2008

TABELA 1 – Coorte casos novos multibacilares 2005 e paucibacilares 2006 na hanseníase
Resultado final de tratamento em 2007 por região e unidade federada de residência atual

UF Res Atual	Cura PB	Total PB	% Cura PB	Cura MB	Total MB	% Cura MB	Cura PB+MB	Total PB+MB	Cura PB+MB
Região Norte	**3.773**	**4.536**	**83,2**	**3.782**	**4.903**	**77,1**	**7.555**	**9.439**	**80,0**
Rondônia	552	689	80,1	528	635	83,1	1.080	1.324	81,6
Acre	284	288	98,6	196	203	96,6	480	491	97,8
Amazonas	305	395	77,2	373	468	79,7	678	863	78,6
Roraima	81	104	77,9	108	149	72,5	189	253	74,7
Pará	1.810	2.195	82,5	2.104	2.813	74,8	3.914	5.008	78,2
Amapá	39	71	54,9	48	96	50,0	87	167	52,1
Tocantins	702	794	88,4	425	539	78,8	1.127	1.333	84,5
Região Nordeste	**6.960**	**8.512**	**81,8**	**7.594**	**9.712**	**78,2**	**14.554**	**18.224**	**79,9**
Maranhão	1.651	1.979	83,4	2.490	3.096	80,4	4.141	5.075	81,6
Piauí	625	786	79,5	564	746	75,6	1.189	1.532	77,6
Ceará	893	1.072	83,3	1.249	1.553	80,4	2.142	2.625	81,6
Rio Grande do Norte	103	155	66,5	119	189	63,0	222	344	64,5
Paraíba	417	554	75,3	320	403	79,4	737	957	77,0
Pernambuco	1.534	1.818	84,4	1.232	1.585	77,7	2.766	3.403	81,3
Alagoas	210	249	84,3	166	207	80,2	376	456	82,5
Sergipe	274	299	91,6	216	259	83,4	490	558	87,8
Bahia	1.253	1.600	78,3	1.238	1.674	74,0	2.491	3.274	76,1
Região Sudeste	**3.566**	**3.990**	**89,4**	**4.498**	**5.351**	**84,1**	**8.064**	**9.341**	**86,3**
Minas Gerais	825	908	90,9	1.708	1.995	85,6	2.533	2.903	87,3
Espírito Santo	722	758	95,3	536	607	88,3	1.258	1.365	92,2
Rio de Janeiro	1.073	1.248	86,0	1.178	1.434	82,1	2.251	2.682	83,9
São Paulo	946	1.076	87,9	1.076	1.315	81,8	2.022	2.391	84,6
Região Sul	**608**	**667**	**91,2**	**1.162**	**1.353**	**85,9**	**1.770**	**2.020**	**87,6**
Paraná	486	525	92,6	863	1.007	85,7	1.349	1.532	88,1
Santa Catarina	83	89	93,3	135	156	86,5	218	245	89,0
Rio Grande do Sul	39	53	73,6	164	190	86,3	203	243	83,5
Região Centro-Oeste	**2.270**	**2.800**	**81,1**	**3.479**	**4.625**	**75,2**	**5.749**	**7.425**	**77,4**
Mato Grosso do Sul	258	294	87,8	239	282	84,8	497	576	86,3
Mato Grosso	1.286	1.538	83,6	1.397	1.846	75,7	2.683	3.384	79,3
Goiás	626	846	74,0	1.702	2.327	73,1	2.328	3.173	73,4
Distrito Federal	100	122	82,0	141	170	82,9	241	292	82,5
Brasil	**17.177**	**20.505**	**83,8**	**20.515**	**25.944**	**79,1**	**37.692**	**46.449**	**81,1**
Ignorado / Em branco	6	10	60,0	6	8	75,0	12	18	66,7

Fonte: Sinan/SVS – Base disponibilizada na Rede da SVS-MS em 26/11/2008 – Dados preliminares sujeito a revisão e/ou alterações.

- Precário < 75%
- Regular 75% a 89,9%
- Bom ≥ 90%

Indicador do PAC Mais Saúde – Casos novos em menores de 15 anos

O deslocamento do diagnóstico de casos novos em menores de 15 anos para as faixas etárias mais elevadas é um dos primeiros resultados da desaceleração da transmissão da hanseníase. No Brasil, indícios desse deslocamento já se fazem notar em estudos de tendência da doença. Mas o baixo percentual de contatos examinados pode esconder casos incipientes e ainda não diagnosticados nessa faixa etária. Outros fatores podem levar ao aumento de casos, como erros de idade lançados no Sinan e a possibilidade de ocorrer *overdiagnosis*, como efeito inicial do processo de descentralização do diagnóstico e do tratamento para a atenção básica.

Observou-se uma redução de 11,5% no número absoluto de casos em menores de 15 anos em 2007, o que foi bem maior do que o esperado com as medidas de investimento na melhoria da qualidade dos dados. Entretanto, espera-se um aumento em 2008, tendo em vista o investimento que vem sendo realizado na investigação de contatos e a campanha de mídia nacional. É preciso ainda investigar se essa redução está associada à melhoria da crítica aos registros de casos em menores de um e de quatro anos, ou à baixa captação de casos nessa faixa etária. Em relação ao coeficiente de detecção, comparando-se 2006 e 2007 (dados atualizados até novembro de 2008), observa-se queda 0,74% (Tabela 2).

TABELA 2 – Casos novos e coeficientes de detecção em menores de 15 anos, em 2006 e 2007, no Brasil e regiões

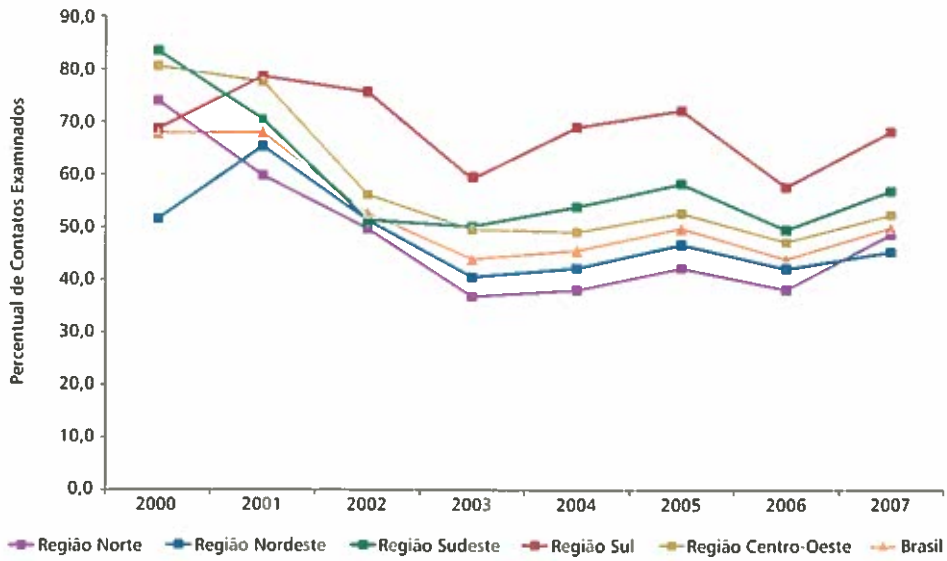
Estados - Brasil	Casos novos de 2006 < 15 anos	Coef. < 15 anos 2006	Casos novos de 2007 < 15 anos	Coef. < 15 anos 2007	Diferença +/- < 15 anos	% de diferença +/- < 15 anos
Região Norte	950	16,98	836	14,63	-114	-12,0
Região Nordeste	1.570	9,23	1.432	8,33	-138	-8,8
Região Sudeste	468	2,20	433	2,00	-36	-7,5
Região Sul	32	0,43	35	0,46	3	9,4
Região Centro-Oeste	424	10,63	312	7,68	-112	-26,4
Brasil	3.444	6,16	3.048	5,42	-396	-11,5

Fonte: Sinan/SVS/MS 2006. Fonte de informação: Sinan 2007. Fonte de informação: Sinan NET
Obs: Dados disponíveis para os Casos Novos 2007 26/11/2008

Indicadores da PAVS
– Contatos examinados e grau de incapacidade

Em 2007, houve um ligeiro aumento no percentual de contatos examinados, com 6% de incremento no percentual, o que pode significar apenas a melhoria do registro. Este tema foi muito discutido ao longo do ano em reuniões regionais, e hoje parece ser realmente o foco da atenção dos gerentes estaduais (Gráfico 6).

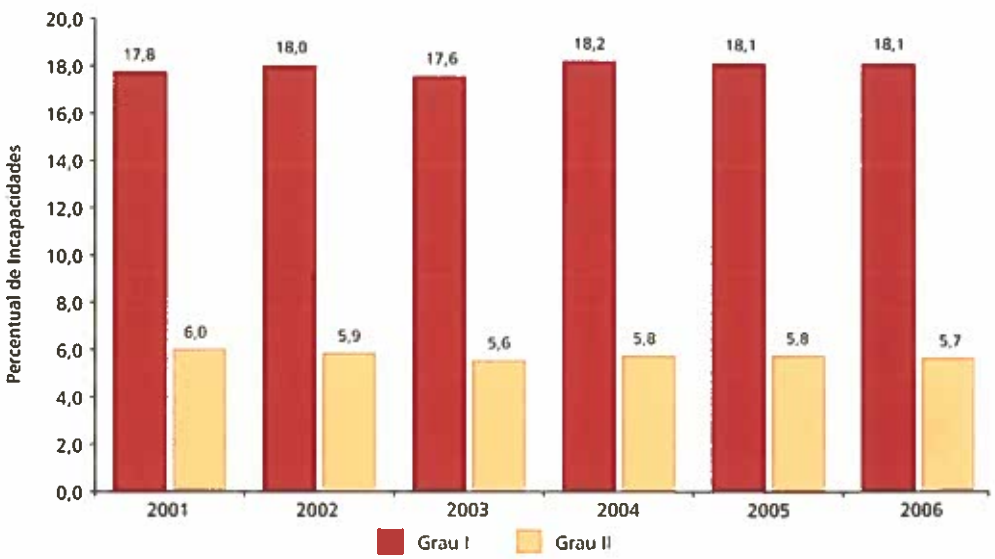
GRÁFICO 6 – Percentuais de contatos examinados dos casos novos de hanseníase, regiões e Brasil, 2000 - 2007.



Fonte: Sinan/SVS-MS

Observa-se um bom desempenho na avaliação do grau de incapacidade física dos casos novos, que está acima de 80% desde a última década. Mas o mesmo não se aplica ao exame no momento da alta por cura, ainda abaixo de 75%, invalidando qualquer inferência sobre os resultados observados. Desde 2001, a proporção de casos novos diagnosticados com graus I e II de incapacidades vem se mantendo estável. Em 2006, o grau II estava abaixo de 6% (Gráfico 7). Em 2007, esses resultados apresentam incoerências no registro das informações, o que ocorreu possivelmente em razão das alterações efetuadas na ficha de notificação, merecendo melhor análise.

GRÁFICO 7 – Percentuais do grau de incapacidade física nos casos novos de hanseníase, Brasil, 2001 - 2006*.



*Os dados referentes ao ano de 2007 estão sob avaliação.

Fonte: Sinan/SVS MS

Prevenção de cegueira

3 Componente: atenção integral à saúde da pessoa atingida pela hanseníase e seus familiares

Este componente está subdividido em três subcomponentes: diagnóstico, tratamento e vigilância de contatos; prevenção de incapacidades e reabilitação e resgate social. Antes de abordá-los, serão expostos sumariamente alguns aspectos conceituais sobre atenção integral, que informam o planejamento, a execução das ações de organização da rede e a capacitação de profissionais para o cuidado da pessoa acometida pela hanseníase.

3.1 Sobre o conceito de atenção integral

A atenção integral baseada no cuidado de cada sujeito como um todo não fragmentado abrange ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, e requer a articulação entre diversas políticas públicas. Como diretriz para a estruturação e organização da rede de serviços, a integralidade pressupõe a identificação de necessidades baseada na análise de indicadores gerais e específicos, que permitam a emergência de problemas "silenciados", que não aparecem na demanda espontânea dos serviços. As necessidades de saúde variam no tempo e no espaço, por isso, a oferta de atenção integral demanda sempre a incorporação de novos conhecimentos, tecnologias, equipamentos e insumos.

A atenção integral exige integração de serviços e diálogo. A medicina que fragmenta contribui para a superposição de ações, maiores gastos, peregrinação de doentes, diagnósticos tardios e maior dano à saúde. A ruptura desse modelo começa na atenção básica e demanda processos participativos de discussão de propostas e execução de ações. Assim, em todos os eventos promovidos pelo PNCH procurou-se garantir a participação de representantes do DAB visando à adequação dos conteúdos e à descentralização das ações de controle da hanseníase para a atenção básica.

Nas discussões sobre a atenção integral percebe-se que o sistema de referência e contrarreferência não está plenamente constituído, o que resulta em longas esperas, interrupções do fluxo de atendimento ou falta de atenção a determinados problemas. Espera-se que os Núcleos de Atenção Saúde da Família (NASF) contribuam para ampliar e qualificar a capacidade de resposta das equipes aos problemas da pessoa com hanseníase, reduzindo a necessidade de encaminhamentos aos centros mais complexos. No entanto, há especificidades na hanseníase, principalmente em reabilitação, a serem contempladas na média e alta complexidades.

Outro aspecto relevante é a universalização dos cuidados necessários à pessoa com hanseníase, inclusive em áreas de maior vulnerabilidade. Nesse sentido, destaca-se a articulação do PNCH com o Incra visando à cobertura de áreas de assentamento que, em razão de suas condições estruturais, apresentam risco elevado para a transmissão da doença.

Em reunião com o Incra e gerentes estaduais dos programas de hanseníase foram elaboradas as seguintes propostas:

- potencializar as ações de mobilização nas áreas de assentamentos já realizadas pelo Incra (Programa de Documentação da Mulher, Meio Ambiente e Infraestrutura) com assistência à saúde e cidadania;
- disponibilizar para o setor saúde informações sobre a identificação das áreas de assentamento, número de famílias assentadas e situação de infraestrutura;
- elaborar diagnóstico situacional de saúde e educação nos assentamentos;
- capacitar e atualizar os técnicos do Incra e profissionais envolvidos nos programas de saúde em relação às doenças mais prevalentes em suas áreas de atuação.

3.2 Diagnóstico, tratamento e vigilância de contatos

O diagnóstico da hanseníase é basicamente clínico, mas, para fazê-lo com segurança e de forma descentralizada na atenção básica, os profissionais de saúde devem estar aptos a realizar um bom exame dermatoneurológico. Buscando-se atender a esta necessidade, realizou-se um grande investimento em materiais técnicos e instrucionais e em processos de capacitação. Sabe-se, no entanto, que a aprendizagem é um processo que demanda tempo e prática. Em muitos estados e municípios, profissionais de saúde relatam que não se sentem seguros e que encontram dificuldades para o diagnóstico de quadros reacionais e de incapacidades; daí a importância das ações de educação permanente e do uso de tecnologias que permitam a capacitação de um grande número de pessoas, e em equipe, proporcionando a troca de saberes e práticas.

Em relação à garantia de insumos para tratamento dos casos diagnosticados, sérios problemas foram enfrentados até março de 2008. Há registro de pacientes que tiveram o tratamento interrompido por falta de medicamento na unidade. Este problema está associado a vários fatores, sendo um deles o mal gerenciamento desses insumos, não adesão às recomendações de 12 doses de tratamento e fatores anteriormente abordados (vide Introdução).

A dificuldade de adesão ao período de tratamento recomendado é identificada principalmente entre especialistas. Assim, o PNCH buscou o apoio das sociedades científicas de dermatologia e hansenologia, para que elas discutam com os médicos a segurança e a importância da adesão ao esquema de tratamento preconizado. Foi também contratado um consultor para atuar no fomento à adesão a essa recomendação. Com essa situação de fornecimento normalizada, há que se investir nos fatores que também interferem no desabastecimento local, como corte das cartelas para retirada do medicamento clofazimina, não adesão à recomendação de 12 doses e distribuição otimizada desses insumos.

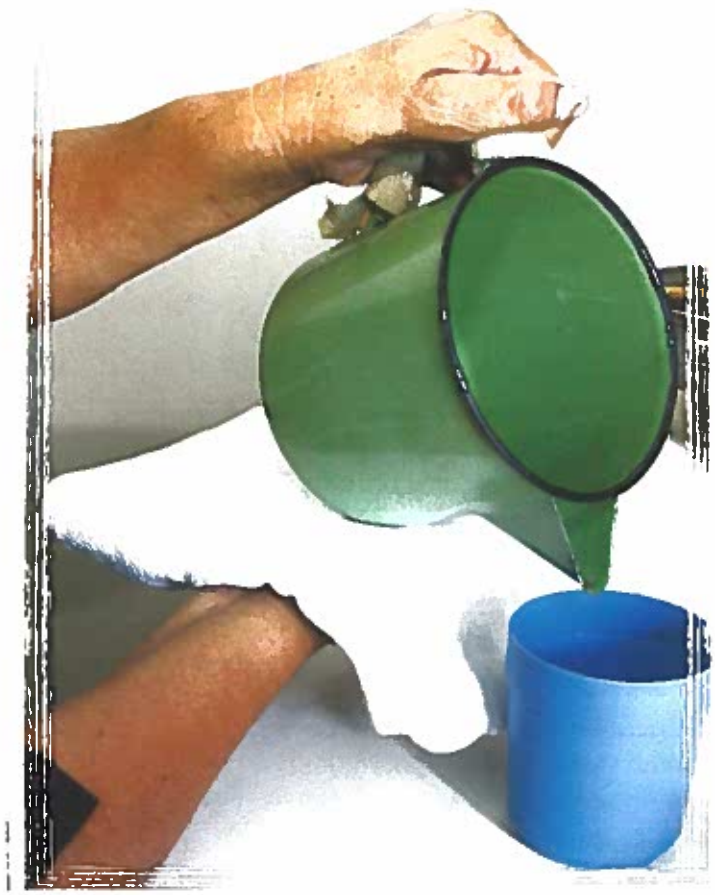
A vigilância de contatos, mencionada na descrição das ações do Componente 1, tem recebido tratamento especial no Plano de Ação para 2008 – 2011. Embora os dados relativos ao exame de contato sejam reconhecidamente passíveis de sub-registro, observa-se que o desempenho dessa atividade necessita de grande esforço local para maior efetividade.

3.3 Prevenção de incapacidades físicas e reabilitação

O dano neural causado pela hanseníase é a principal complicação da doença e demanda cuidados que devem ser dispensados em todas as unidades de atendimento, junto com o tratamento quimioterápico. Observa-se redução significativa do número de casos novos com incapacidade física no Brasil, mas ainda existe um contingente importante de pessoas com graves sequelas, principalmente os remanescentes dos ex-hospitais-colônia. Além disso, aproximadamente 23% dos casos novos requerem algum tipo de atenção durante e após o tratamento. Tal situação demanda o financiamento de procedimentos assistenciais menos ou mais complexos para que a atenção especializada seja acessível, garantindo a assistência integral das pessoas atingidas pela hanseníase. Mesmo após a cura, a hanseníase pode evoluir com problemas funcionais neuromotores, com potencial incapacitante que pode chegar a 30% dos casos. Isso impõe a oferta de procedimentos de prevenção de incapacidades e reabilitação, nos diferentes níveis de complexidade do SUS.

Adaptações simples

No Brasil, a implantação das ações de prevenção de incapacidades físicas e de reabilitação é apoiada nacionalmente pela Federação Internacional das Associações de Combate à Hanseníase (ILEP), desde a assinatura de um Termo de Cooperação com o Ministério da Saúde em 1997, que é renovado anualmente. Sua principal finalidade é capacitar técnicos multiplicadores em todos os estados. Antes desse acordo, ONGs da ILEP já apoiavam ações em diversos estados endêmicos do país.



Desde 2006, o PNCH vem apoiando a estruturação física (reforma e ampliação) e tecnológica (equipamentos) de unidades de alta e média complexidade, mediante convênios e repasse fundo a fundo a estados da Federação, para o desenvolvimento de ações de reabilitação em hanseníase. Também por meio de convênio, celebrado entre o Ministério da Saúde e a Sociedade Cruz de Malta, foi acordado que o fornecimento de equipamentos para essas unidades ficaria a cargo desta instituição.

3.4 Resgate social

Participação do PNCH na reestruturação dos ex-hospitais-colônia

O PNCH tem autonomia restrita para apoiar a solução dos problemas hoje identificados na definição do papel dos ex-hospitais-colônia. Esses problemas vão desde a dificuldade de integração à rede hospitalar do SUS até sua caracterização como áreas asilares ou vilas comunitárias com serviços de saúde específicos. Há três décadas, diversas gestões fizeram diagnósticos de situação e pouca mudança foi observada na situação daquelas unidades.

Reunião de reestruturação dos hospitais-colônia, junho de 2008

Solucionar os problemas de indefinição de papel dessas unidades no âmbito do SUS compete à gestão local. Apesar disso, e mesmo tendo como prioridade a vigilância epidemiológica, o PNCH incluiu a intermediação para solucionar os problemas existentes em seu plano de ação como parte do componente atenção integral à pessoa com hanseníase ou sequelas da doença.

Nesse sentido, foi dado encaminhamento à formalização do Grupo de Trabalho que vem assessorando o PNCH nessa área, definindo-se suas competências, bem como seus objetivos, metas e atividades a serem desenvolvidas.

Participação do PNCH na Comissão Interministerial de Avaliação

A Comissão Interministerial de Avaliação (CIA) foi instalada em 20 de setembro de 2007, com a atribuição de emitir parecer prévio sobre os requerimentos de concessão de pensão especial às pessoas atingidas pela hanseníase, que foram submetidas a isolamento e internação compulsórios em hospitais-colônia. A Comissão é coordenada pela Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República e composta por representantes do Ministério da Previdência Social; Ministério da Saúde; Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão e tem como membro convidado um representante do Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase – Morhan.

O Ministério da Saúde é representado na Comissão por cinco pareceristas (um em tempo integral) e também colocou à disposição dois funcionários administrativos em tempo integral. O PNCH apóia a organização dos serviços de saúde para reabilitação e fornecimento de órteses e próteses para esta população por determinação da Lei nº 11.520/07.

A Comissão enfrenta grandes desafios e um dos mais importantes é dar agilidade ao trabalho de análise de uma grande quantidade de requerimentos (aproximadamente 10.000 recebidos, 3.000 analisados, 1.000 deferidos e 78 indeferidos em dezembro de 2008) e a necessidade de seguir critérios de análise que garantam o usufruto do benefício a todos os que têm direito. (Mais informações podem ser obtidas na página eletrônica da SEDH: www.presidencia.gov.br/estrutura_presidencia/sedh.)

Reinserção no trabalho: autonomia e autoestima

Teatro de bonecos: Oficina Macrorregional Nordeste de Comunicação e Educação

4 Componente: comunicação e educação

Este componente subdivide-se em três subcomponentes: comunicação e saúde; mobilização social e política de educação permanente.

4.1 Formulação de diretrizes

Em 2007, foram formuladas as diretrizes relacionadas a este componente por um Grupo de Trabalho em comunicação, educação e história, do qual participaram representantes do PNCH; do Núcleo de Comunicação da SVS/MS; da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz) e dos movimentos sociais e organizações não governamentais: Morhan, Associação Internacional para Integração, Dignidade e Avanço Econômico (IDEA) e Instituto de Inovações em Saúde Social (IBISS)/Reconhecimento Precoce da Hanseníase (REPREHAN).

Com o propósito de ampliar e fortalecer parcerias com a sociedade para enfrentamento da hanseníase, do estigma e do preconceito que a envolve, este grupo discutiu prioridades a serem consideradas até o ano 2011. As diretrizes propostas contemplaram dois eixos: ações institucionais e ações de mobilização social. Este último subdivide-se em educação permanente para profissionais de saúde e comunicação em hanseníase para a população em geral.

Síntese das diretrizes propostas para as ações institucionais:

- mobilizar e assegurar a participação de diferentes atores sociais para fortalecer ações descentralizadas de comunicação e educação em hanseníase;
- incentivar, promover e apoiar projetos relacionados à hanseníase, que integrem os ministérios da Saúde, da Educação, do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, da Justiça e do Trabalho;
- incentivar, apoiar, divulgar e premiar experiências bem sucedidas de educação e comunicação em hanseníase;
- promover estudos de indicadores para avaliação de ações de comunicação e educação em hanseníase;
- criar um Grupo Técnico permanente de acompanhamento e avaliação das ações de educação e comunicação no PNCH, articulado ao Nucom/SVS e à Ascom-GAB/MS;
- instituir mecanismos para avaliar a criação, produção, veiculação e impacto dos produtos de comunicação utilizados nas campanhas, nos três níveis de gestão.

Essas diretrizes foram propostas para orientar a execução de ações de promoção e estabelecimento de uma linguagem nacional unificada, flexível e adaptável às diferentes realidades regionais. Elas deveriam contribuir ao incremento e melhoria das intervenções em cada instância gestora e favorecer a construção de uma agenda provocadora da ampliação e do fortalecimento de parcerias. De fato, as medidas planejadas fomentaram grande mobilização, novas parcerias e a realização de oficinas envolvendo técnicos das regiões mais endêmicas. O grupo foi fundamental na elaboração dos conteúdos abordados na campanha detalhada a seguir e espera-se que seja possível reunir os principais colaboradores para uma avaliação dos desdobramentos dessa estratégia em 2009.

Recentemente, no âmbito da coordenação do PNCH, essas diretrizes foram revistas, compreendendo-se que as ações institucionais perpassam todos os eixos do componente Comunicação e Educação. Assim, no momento atual, as diretrizes propostas continuam válidas, mas o componente Comunicação e Educação passa a ser trabalhado com base em três eixos estruturantes: comunicação e saúde; mobilização social e política de educação permanente.

De modo geral, os resultados foram positivos tanto pelo intercâmbio de experiências quanto pelo exercício do planejamento conjunto de ações locais.

4.2 Comunicação e saúde

Oficinas macrorregionais

Nas ações de Comunicação e Saúde, destacam-se as Oficinas Macrorregionais de Comunicação e Educação em Hanseníase, tanto pelo grande número de pessoas envolvidas quanto pela riqueza das trocas de experiências, discussões e apresentações culturais e artísticas regionais.

Foram realizadas duas grandes oficinas com gestores, profissionais de saúde, de educação, de comunicação e parceiros. A primeira em Recife, para toda a região Nordeste, em maio de 2008, e a segunda para os estados da Amazônia Legal, realizada em São Luís, Maranhão, em setembro de 2008.

O objetivo dessas oficinas foi mobilizar as instituições governamentais e a sociedade para discutir o problema da hanseníase em suas regiões, estados e municípios e a importância das ações de comunicação e educação na divulgação de informações qualificadas sobre a doença, meios de prevenção e controle. O programa incluiu discussões conceituais e apresentações artísticas locais. A educação popular e a inclusão do tema hanseníase em manifestações culturais foi tratada de diversas formas: música, teatro, literatura de cordel, entre outras, como meio para atingir a população de forma lúdica e criativa. A metodologia privilegiou o debate e a construção coletiva do conhecimento. Na avaliação das oficinas, os participantes sugeriram ajustes no programa e na metodologia, mas consideraram fundamental a continuidade do trabalho. De modo geral, os resultados foram positivos tanto pelo intercâmbio de experiências quanto pelo exercício do planejamento conjunto de ações locais.

Mobilização social

A ampliação das ações de controle da hanseníase aos lugares mais remotos do país não será possível sem a participação da sociedade, sem o esclarecimento de todos sobre os sinais e sintomas da doença, possibilidades de cura e prevenção de incapacidades. Esta convicção deu sentido a duas estratégias: a ampliação de parcerias com organizações governamentais e não governamentais e a mobilização da sociedade em geral com a campanha: "Saúde, é bom saber", realizada em 2008, que contou com a participação de ex-pacientes, mostrando o rosto, falando e assumindo a hanseníase na tentativa de transformá-la numa doença como outra qualquer, que é tratável, tem cura e com a qual se pode seguir em frente sem perder a dignidade.

Mobilização do público especializado

Essa mobilização foi iniciada em 2007 com o objetivo de sensibilizar formadores de opinião e ampliar parcerias. Buscou-se atingir profissionais do setor de saúde, imprensa, educação, líderes religiosos, representantes de organizações de usuários e empresas que desenvolvessem ações sociais, por meio das seguintes atividades:

- reuniões com gestores, profissionais de saúde e parceiros e participação em eventos;
- capacitação do pessoal do Disque Saúde/MS;
- produção de cartilhas para profissionais de saúde;
- publicação de matérias em revistas, informes e outros materiais da Atenção Básica/SAS/MS;
- elaboração e distribuição de materiais educativos e informativos destinados à população;
- divulgação de informações na página eletrônica do MS e de parceiros;
- investimento na Rádio Saúde/Ascom/MS e rádios comunitárias, com entrevistas de pessoas que trabalham com hanseníase;
- publicação de artigos em diversos materiais de alcance nacional;
- entrevistas e matérias publicitárias em programas de comunicação e publicações de grande alcance;
- identificação e cadastro de pessoas acometidas pela doença, provenientes de diferentes unidades federadas, dispostas a falarem sobre suas experiências nos diferentes meios de comunicação;
- produção dos materiais da campanha: filmes, *spots*, cartazes, *folders*, folhetos e VTs, todos direcionados à população;
- divulgação de informações por meio de diversos veículos, cartões telefônicos, mensagens educativas, peças de teatro, entre outros, com apoio especial da Brasil Telecom, Correios, empresas de fornecimento

de energia elétrica e água, bancos, grupos artísticos regionais, Serviço Franciscano de Solidariedade, Radis Sorri do Brasil, Incra e Ministério da Educação (MEC).

Campanha "Saúde, é bom saber"

A campanha "Saúde, é bom saber", para mobilização da sociedade, foi lançada oficialmente em julho de 2008, em âmbito nacional. Com duração prevista de um ano, ela está centrada na divulgação de peças publicitárias e em atividades de sustentação destinadas a provocar o debate sobre hanseníase no cotidiano da sociedade brasileira, em linguagem popular, que permita a apropriação do conhecimento e a continuidade de sua divulgação de forma espontânea, "corpo-a-corpo", por multiplicadores. A campanha tem sido feita de diversos modos nos estados e municípios, com cada gestor organizando o trabalho de acordo com a sua realidade.

As peças publicitárias para rádio e televisão, feitas com a participação de pessoas que tiveram hanseníase, têm o objetivo de desmistificar a doença, de mostrar a causa, os sintomas, as partes do corpo afetadas, a importância do tratamento e a possibilidade de cura.

"Saúde, é bom saber. Hanseníase, o que é isso? É uma doença transmitida por uma bactéria. Hanseníase ataca principalmente a pele e os nervos do rosto, braços, pernas e pés.

Como é que eu sei que estou com ela? Olhe o seu corpo. Áreas da pele que não suam, com perda de pêlos e sensibilidade, manchas que não doem, caroços e inchaços são sintomas da hanseníase. Eu tratei e estou curado. Ministério da Saúde, Brasil, um país de todos."

Saúde, é bom saber. Hanseníase passa? Sim. Se existe contato próximo, fique atento aos sinais e sintomas. Meu nome é Graça, me curei e garanti a saúde da minha família. Ministério da Saúde, Brasil, um país de todos.

Homenagem

João Alves, Paula Brandão e Maria das Graças, ator e atrizes da campanha, são pessoas que tiveram hanseníase e decidiram trabalhar voluntariamente para que as pessoas conheçam a doença, não tenham medo dela, deem apoio a quem adoece. Eles acreditam que a palavra de quem viveu a experiência é fundamental para o esclarecimento da população. A eles o Ministério da Saúde presta homenagem e agradece a participação.

MATERIAIS DA CAMPANHA

O Ministério da Saúde produziu e distribuiu em todo o país 800.000 cartazes e 5.000.000 de panfletos.

A empresa Brasil Telecom fez um milhão de cartões telefônicos sobre o tema com a foto de João Alves e Paula Brandão.

João Alves produziu, por conta própria, 200 cartazes e camisas divulgando informações sobre a hanseníase para distribuir em sua comunidade e local de trabalho.

As peças publicitárias, filmes e spots estão disponíveis para download *no portal do Ministério da Saúde:* <http://www.saude.gov.br/svs>.

4.3 Política de educação permanente em saúde

Articulação e definição de estratégias

A análise documental realizada pelo Laser (ENSP/Fiocruz) revelou que a maioria dos estados realiza atividades de capacitação, mas nem sempre considera a carga horária para a aprendizagem das habilidades necessárias à realização de alguns procedimentos, e nem possui uma metodologia pedagógica definida. Além disso, as estratégias de educação permanente carecem de sistematização, abrangência e monitoramento. Esses problemas dificultam a formação adequada dos trabalhadores da saúde e, consequentemente, a descentralização das ações de controle na rede básica.

O Departamento de Gestão da Educação em Saúde (Deges), da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), já havia incluído um conteúdo básico de hanseníase na ferramenta utilizada em educação à distância (EAD). Por outro lado, o PNCH em parceria com a Universidade de São Paulo (USP), também com a finalidade de educação à distância, desenvolveu o Homem Virtual para a hanseníase, mas não tinha definido uma estratégia para operacionalizar a proposta. Foi então realizada uma reunião, em maio de 2008, para discutir o assunto com o Deges/SGTES. Esta reunião possibilitou o contato de colaboradores do PNCH (representantes de Centros de Referência, assessores técnicos, gerentes estaduais e municipais, Morhan) com colaboradores do Deges (membros do comitê do Tele-Saúde, coordenação das Escolas Técnicas do SUS e coordenação do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem – Profae).

Entre as recomendações, destaca-se a proposta de discutir com as Secretarias Estaduais de Saúde a importância da sensibilização dos Colegiados de Gestão Regional e das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) de Educação Permanente nos Estados e Municípios, objetivando:

a. disseminar a Política de Controle da Hanseníase e a aplicação das novas tecnologias de informação e comunicação com utilização do Programa Nacional de Tele-Saúde;

b. envolver as CIES da área da saúde nas proposições de integração ensino-serviço, conforme proposições do Pró-Saúde;

c. buscar, junto à Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM, que as habilidades e competências para o diagnóstico e tratamento da hanseníase sejam incluídas na formação dos residentes, conforme portaria do Conselho Federal de Medicina/06;

d. potencializar ações de controle de hanseníase, integrando-as com atividades da Universidade Aberta do SUS, da Rede Observatórios de RH,

BIBLIOTECA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Rede Unificada de Tele-Saúde (RUTE) e Rede de Escolas Técnicas do SUS (RET-SUS);

e. revisar o currículo das ET-SUS e introduzir o tema hanseníase de forma transversal nos cursos técnicos, considerando a situação local e regional;

f. reproduzir, em âmbito regional, estadual e municipal, as iniciativas de integração da PNCH/SGTES/RET-SUS/DAB para implantar estratégias de educação permanente e formação de profissionais de saúde com foco nas ações de controle da hanseníase;

g. identificar experiências formadoras bem sucedidas no controle da hanseníase e incorporá-las às políticas vigentes.

Desdobramentos importantes desta reunião: desenvolvimento de conteúdos para inclusão no Homem Virtual (módulo com apresentação do dano neural na hanseníase); articulações entre pólos estaduais de Tele-Saúde e gerências técnicas de hanseníase em alguns estados; encaminhamentos para criação de grupo especial de interesse em hanseníase na RUTE e distribuição de materiais do PNCH/SVS/MS na reunião geral da RET–SUS.

Capacitação em monitoramento e avaliação (M&A) para o PNCH

O PNCH e técnicos brasileiros com larga experiência em ensino e gestão validaram o curso de capacitação em M&A, com carga horária mínima de 24 horas, que utiliza a pedagogia da problematização e tem como apoio didático pedagógico um manual desenvolvido pela equipe do Laser/ENSP/Fiocruz. Para sua realização, em forma de oficina, adaptou-se a metodologia elaborada pelo *Center of Control of Diseases* (CDC) voltada para o M&A do programa de DST/AIDS. As oficinas têm como foco principal a melhoria do programa de hanseníase e estão sendo utilizadas para a formação dos profissionais de saúde, em especial das coordenações estaduais e municipais das áreas prioritárias, instrumentalizando as equipes dos programas locais com ferramentas de planejamento, monitoramento e avaliação, baseadas em modelo lógico.

"Capacitações específicas em prevenção e reabilitação de incapacidades físicas em hanseníase são realizadas nos estados que ainda necessitam reforço na formação de instrutores nesta área."

Entre agosto de 2007 e novembro de 2008, foram realizadas 12 oficinas com os seguintes resultados:

- 454 profissionais capacitados;
- 87% dos profissionais capacitados atuam na Amazônia Legal;
- 231 municípios prioritários e 25 estados com técnicos capacitados;
- 100% dos municípios prioritários do Pará com técnicos capacitados;
- 70% dos municípios prioritários de Rondônia com técnicos capacitados;
- 60 profissionais selecionados como monitores de oficinas para compor o banco de monitores do PNCH e dos estados.

Capacitação em prevenção de incapacidades físicas e reabilitação

Capacitações específicas em prevenção e reabilitação de incapacidades físicas em hanseníase são realizadas nos estados que ainda necessitam reforço na formação de instrutores nesta área. O PNCH conta com o apoio de ONGs da ILEP, nessa área, como referido anteriormente. O mesmo ocorre com a maioria das unidades federadas, que também recebe recursos de projetos semelhantes.

Apesar da importância das ONGs na mobilização social e no apoio às ações de governo, elas não têm a responsabilidade de materializar as políticas públicas. Assim, esta situação precisa ser enfrentada conjuntamente pelo MS, outros órgãos do Governo Federal que lidam com a problemática da deficiência e as demais instâncias do SUS.

Como atividade prévia à capacitação, foi realizado, em 2007/2008, o levantamento do número de profissionais capacitados em prevenção de incapacidades (PI) e reabilitação e sua atuação na área. Os resultados mostraram a seguinte situação:

- entre 1997/1999, foram capacitadas 79 pessoas em PI, das quais 47% estão realizando atendimento em Unidades de Saúde e/ou nos Centros

de Referências e 9% estão atuando como coordenadores estaduais do Programa de Controle da Hanseníase;

- nos cursos de Adaptação de Palmilhas e Calçados foram capacitados, entre 2003/2005, 65 profissionais, dos quais 58,5% estão atuando com pacientes de hanseníase. Os demais não atuam por falta de espaço físico e/ou de estrutura adequada nas Unidades de Saúde; inadequação da tabela de procedimentos do SUS para a cobertura dos serviços e dificuldade de contratação dos profissionais treinados, em razão da inexistência da categoria profissional de ortesista no SUS;
- nos cursos de reabilitação realizados em 2002/2007, foram capacitados 154 profissionais, dos quais somente 69% estão atuando na área;
- apenas 15% das equipes estão completas, ou seja, dispõem de clínico, cirurgião, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e enfermeira.

Considerando esses resultados, em 2007 foram realizadas assessorias em prevenção de incapacidades, reabilitação e oficinas de calçados em 11 estados (RJ, PA, RN, CE, AP, PI, TO, BA, GO, ES e SE); foi realizada uma avaliação pelo consultor internacional em palmilhas e calçados, Hugh Cross, nos estados de Roraima, Minas Gerais e no Distrito Federal; e em setembro e outubro de 2008, foram capacitados 20 profissionais (enfermeiros, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais) dos estados da BA, GO, MT, PR, PA, AC, TO, ES, SC e PE. Os cursos foram realizados em São Luís/MA e Manaus/AM.

Recomenda-se que os profissionais capacitados trabalhem de forma integrada, não necessariamente no mesmo local de atendimento, mas numa rede com garantia de fluxo de referência e contrarreferência, o que ainda não acontece no âmbito do SUS.

Homenagem

Dr. Germano Traple, médico paranaense, foi um incansável instrutor em prevenção de incapacidades nos últimos 30 anos. O Ministério da Saúde presta homenagem, *in memoriam*, a este homem que faleceu em 2008. Ele fará muita falta pela competência técnica e caráter inovador de sua atuação, pelo humanismo que o inspirava e pela gentileza com que se relacionava com as pessoas à sua volta.

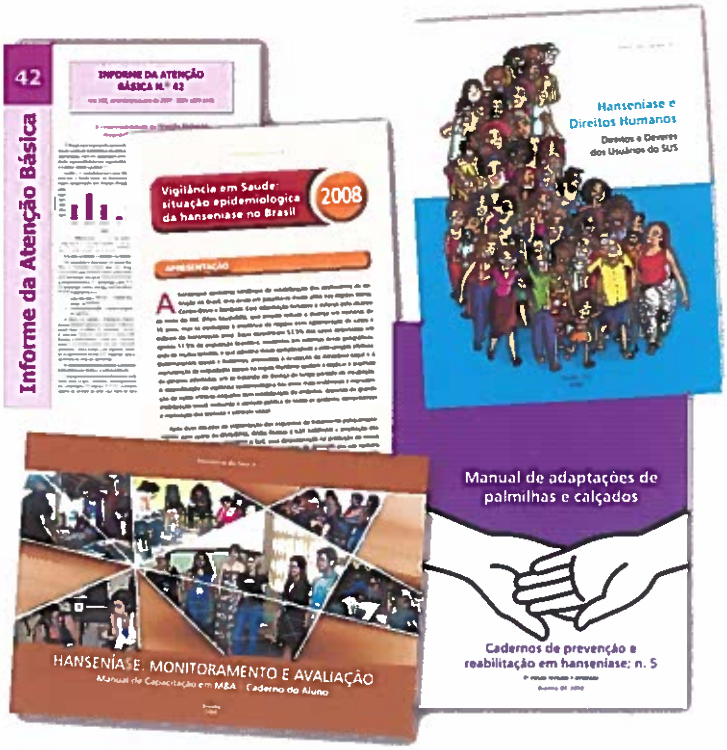
Capacitação em práticas pedagógicas para os multiplicadores

Verificou-se, em 2008, a necessidade de capacitar os multiplicadores dos cursos de PI, das oficinas de monitoramento e avaliação e dos colaboradores em formação de grupos de autocuidado. Eles demonstraram dificuldades de assumir seu papel nos estados e municípios, devido à fragilidade no domínio da prática pedagógica. A partir de critérios regionais e do perfil do profissional, foram selecionados 20 multiplicadores dos cursos de PI, autocuidado e das oficinas de monitoramento e avaliação para participarem de uma oficina pedagógica, em dezembro de 2008, visando ao aperfeiçoamento no conteúdo e abordagem dos temas e em metodologias participativas e integradoras.

Revisão da linha editorial dos materiais normativos e instrucionais

Os materiais técnicos e instrucionais para orientação da prática em serviço foram revisados com vistas à inclusão da perspectiva de humanização do atendimento. Para tanto, foram realizadas oficinas, entrevistas e visitas em serviços e instituições gestoras com a finalidade de captar olhares, opiniões, críticas e sugestões sobre o cuidado à pessoa que adoece e sobre o atendimento nos serviços públicos de saúde em diversas regiões do Brasil. Mais de 60 pessoas deram seus depoimentos. Pacientes, ex-pacientes, profissionais de saúde de diversas categorias profissionais, gestores, gerentes de unidades e representantes de grupos sociais organizados. Um rico material foi recolhido e inserido nas publicações dirigidas aos profissionais de saúde e à população em geral. Todas as pessoas, à exceção de uma delas, fizeram questão de assinar seus depoimentos com o nome verdadeiro. Essa pesquisa subsidiou a redação dos capítulos sobre acolhimento para os manuais de prevenção de incapacidades.

Membros do Gamah reunidos no pátio da Sociedade Eunice Weaver



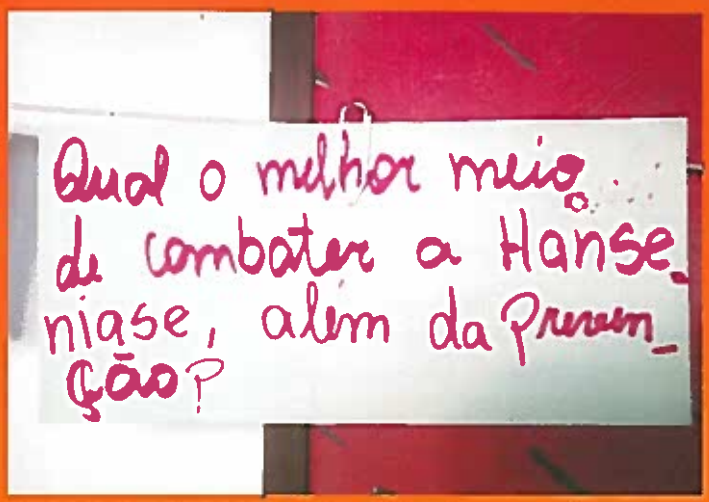
A atualização técnica privilegiou o trabalho participativo. A partir de um material básico, um grande número de especialistas vinculados a serviços, a organizações não governamentais, aos movimentos sociais e à academia colaboraram com a revisão crítica, sugestões, correções e acréscimos.

Considerando a importância de qualificar a atenção às pessoas com deficiências ou deformidades, em toda a rede de saúde, o PNCH deu prioridade à revisão e ampliação de cinco manuais da série: cadernos de prevenção e reabilitação em hanseníase, relativos à PI; úlceras; alterações oculares; reabilitação e cirurgia; e adaptações de palmilhas e calçados. Além disso, estão em fase de finalização o manual de autocuidados, o guia de formação de grupos de autocuidado e o de capacitação de monitores e alunos em PI.

QUADRO 3 – Publicações produzidas pelo PNCH entre 2007 e 2008

Nº	Material	Tipo	Tiragem
1	Manual: Hanseníase e Direitos Humanos – Direitos e Deveres dos Usuários do SUS	Livro	100.000 Impresso, em distribuição
2	Livro falado da obra "Hanseníase e Direitos Humanos"	CD	20.000 Impresso, em distribuição
3	Manual de prevenção de incapacidades (Cadernos de prevenção e reabilitação em hanseníase, nº 1)	Livro	80.000 Impresso, em distribuição
4	Manual de condutas para tratamento de úlceras em hanseníase e diabetes (Cadernos de prevenção e reabilitação em hanseníase, nº 2)	Livro	80.000 Impresso, em distribuição
5	Manual de condutas para alterações oculares em hanseníase (Cadernos de prevenção e reabilitação em hanseníase, nº 3)	Livro	30.000 Impresso, em distribuição
6	Manual de reabilitação e cirurgia em hanseníase (Cadernos de prevenção e reabilitação em hanseníase, nº 4)	Livro	30.000 Impresso, em distribuição
7	Manual de adaptações de palmilhas e calçados (Cadernos de prevenção e reabilitação em hanseníase, nº 5)	Livro	30.000 Impresso, em distribuição

Nº	Material	Tipo	Tiragem
8	Manual "O que os agentes comunitários de saúde podem fazer para controlar a hanseníase?"	Livro	100.000 Impresso, em distribuição
9	Cadernos de Atenção Básica nº 21 – Vigilância em Saúde	Livro	120.000 Distribuído para as equipes de Saúde da Família
10	Informe da Atenção Básica nº 42 – "A responsabilidade da Atenção Básica no diagnóstico precoce da hanseníase"	Boletim	77.000 Impresso e distribuído
11	Revista Brasileira de Enfermagem – Número temático sobre ações e cuidados da enfermagem no enfrentamento da hanseníase no Brasil	Revista	50.000 Impressa, em distribuição
12	Cadernos de Saúde Coletiva – Número temático: "Investigação em Sistemas de Saúde e Controle da Hanseníase", do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da UFRJ	Revista	6.000 Impresso, em distribuição
13	Revista de Saúde da Família, nº 16 – "Vigilância em Saúde e Atenção Básica aliadas para a Qualidade de Vida" – 2ª Tiragem	Revista	77.000 Impressa e distribuída
14	Situação epidemiológica da hanseníase/2008 (português)	Boletim	3.000 Impresso
15	Situação epidemiológica da hanseníase/2008 (inglês)	Boletim	1.000 Editorado
16	Série Pactos pela Saúde: Diretrizes políticas para o controle da hanseníase	Livro	30.000 Em elaboração
17	Reprodução do CD "A vida não pára: reconhecendo e curando a hanseníase"	Cd	5.000 Reproduzido, em distribuição
18	Manual de Capacitação em Monitoramento e Avaliação com Foco na Melhoria do Programa de Hanseníase – monitor	Livro	5.000 No prelo
19	Manual de Capacitação em Monitoramento e Avaliação com Foco na Melhoria do Programa de Hanseníase – aluno	Livro	2000 No prelo
20	Folder para pacientes sobre o uso adequado/responsável da talidomida	Folder	Em elaboração
21	Manual de uso adequado da talidomida para profissionais de saúde	Livro	Em elaboração
22	Manual de capacitação em prevenção de incapacidades em hanseníase – monitor	Livro	Em editoração
23	Manual de capacitação em prevenção de incapacidades em hanseníase – aluno	Livro	Em editoração
24	Relatório de gestão 2007/2008	Livro	Editorado
25	Manual de autocuidados	Livro	Em elaboração
26	Guia de Formação de Grupos de Autocuidados	Livro	Em elaboração



Pergunta elaborada na Oficina Macrorregional Nordeste de Comunicação e Educação

5 Componente: pesquisa

5.1 Fortalecimento dos Centros de Referência

Apoio a Centros de Referência credenciados pelo PNCH

Esta gestão deu continuidade à proposta de acreditação dos Centros de Referência (CR). A revisão da proposta gerou algumas mudanças: não se trata de acreditação, mas de certificação. O instrumento proposto foi revisado, com a participação de representantes dos CR e a sua aplicação foi adiada para 2009. Foi atualizada a portaria da SVS que normatiza critérios para a certificação dos Centros de Referência Nacional.

Também foram empenhados recursos para os Centros de Referência que encaminharam projetos ao Sistema de Gestão Financeira e de Convênios (Gescon)/Fundo Nacional de Saúde (FNS) do MS. Com isso, espera-se contar com o apoio dos mesmos no desenvolvimento de todos os componentes do PNCH, especialmente no que se refere à hierarquização de referência e contrarreferência em suas regiões; à capacitação de pessoal e ao desenvolvimento de linhas de pesquisa prioritárias.

5.2 Implementação e financiamento de pesquisas

Apoio ao desenvolvimento de Investigação em Serviços de Saúde

Seguindo as recomendações do Plano Global da OMS para a hanseníase, o PNCH inseriu a Investigação em Serviços de Saúde (ISS) no Plano Anual de Trabalho (PAT), já tendo financiado uma oficina de avaliação das pesquisas operacionais realizadas e em curso no país, com o apoio de ONGs vinculadas à ILEP. Em sete anos de experiência, mais de 100 técnicos já estão participando de pesquisas operacionais nas diferentes unidades da Federação.

Nesse campo, destaca-se a iniciativa da NLR e, mais recentemente, as parcerias com a Associação Alemã de Assistência aos Hansenianos (DAHW) e com a Associação Italiana dos Amigos de Raoul Follereau (AIFO), o que viabilizou a realização de uma oficina para treinamento de pessoal e desenvolvimento de cinco projetos em dois estados ainda não cobertos por essa iniciativa, Pará e Maranhão. O estado da Paraíba foi contemplado com convênio Gescon/MS e recebeu recursos para reprodução estadual de uma oficina de ISS (mais detalhes sobre a produção científica dessa linha de pesquisa: NOVAES, A. R. J. Cad. Saúde Colet. RJ, 16(2): 137-394,2008).

Articulação com órgãos de fomento à pesquisa

Um dos fatos mais relevantes foi a inclusão da linha de ISS no edital do Departamento de Ciência e Tecnologia (Decit), da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do MS (SCTIE), com o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). A articulação do PNCH com a Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços (CGDEP) e com o Decit possibilitou a participação ativa do programa e de pesquisadores da área em dois editais de pesquisa, um ligado ao CNPq e outro à Financiadora de Estudos e Projetos (Finep), do Ministério de Ciência e Tecnologia. Para viabilizar estes editais, a SVS contribuiu com R$ 10.847.445,50 para pesquisas em diversos agravos.

Os editais Decit/CNPq para as doenças negligenciadas foram elaborados por pesquisadores atuantes nas respectivas áreas desse grupo de agravos, mas também com a participação da CGDEP e de representantes das gerências técnicas do MS. Uma peculiaridade, no que se refere à hanseníase, foi o condicionamento da aprovação de projetos direcionados às áreas de aglomerados de casos e à junção de linhas de pesquisa prioritárias, o que induziu à integração de grupos atuantes na área e contemplou as prioridades de pesquisa definidas pelos atores acima. Entre as pesquisas aprovadas, sete foram na área de hanseníase (num total de R$ 4.639.949,00).

Edital Decit/Finep – Este edital, trabalhado pelo PNCH e CGDEP, incluiu dois temas para ensaios clínicos terapêuticos, específicos e estratégicos para a hanseníase no momento, relacionados a novos esquemas terapêuticos para tratamento específico das neurites. Entre as pesquisas aprovadas, duas foram na área de hanseníase (num total corresponde a R$ 3.456.740,00).

Pesquisa solicitada pelo PNCH

Mediante convênio com a ENSP/Fiocruz e apoio da OPAS, está em andamento uma pesquisa avaliativa com o objetivo de verificar o grau de efetividade das ações de controle da hanseníase em desenvolvimento no país. Nessa pesquisa, o PNCH é objeto da avaliação, já que todas as instâncias do SUS estão sendo avaliadas e também é financiador, mediante o repasse de recursos financeiros por convênio.

Outras pesquisas também estão sendo financiadas mediante convênios com os Centros de Referência, especialmente aqueles em que foi possível o repasse de recursos (Fiocruz, Instituto Lauro de Souza Lima – ILSL, Fundação Alfredo da Mata – FUAM).

Reunião de avaliação e prospecção de pesquisas do PNCH

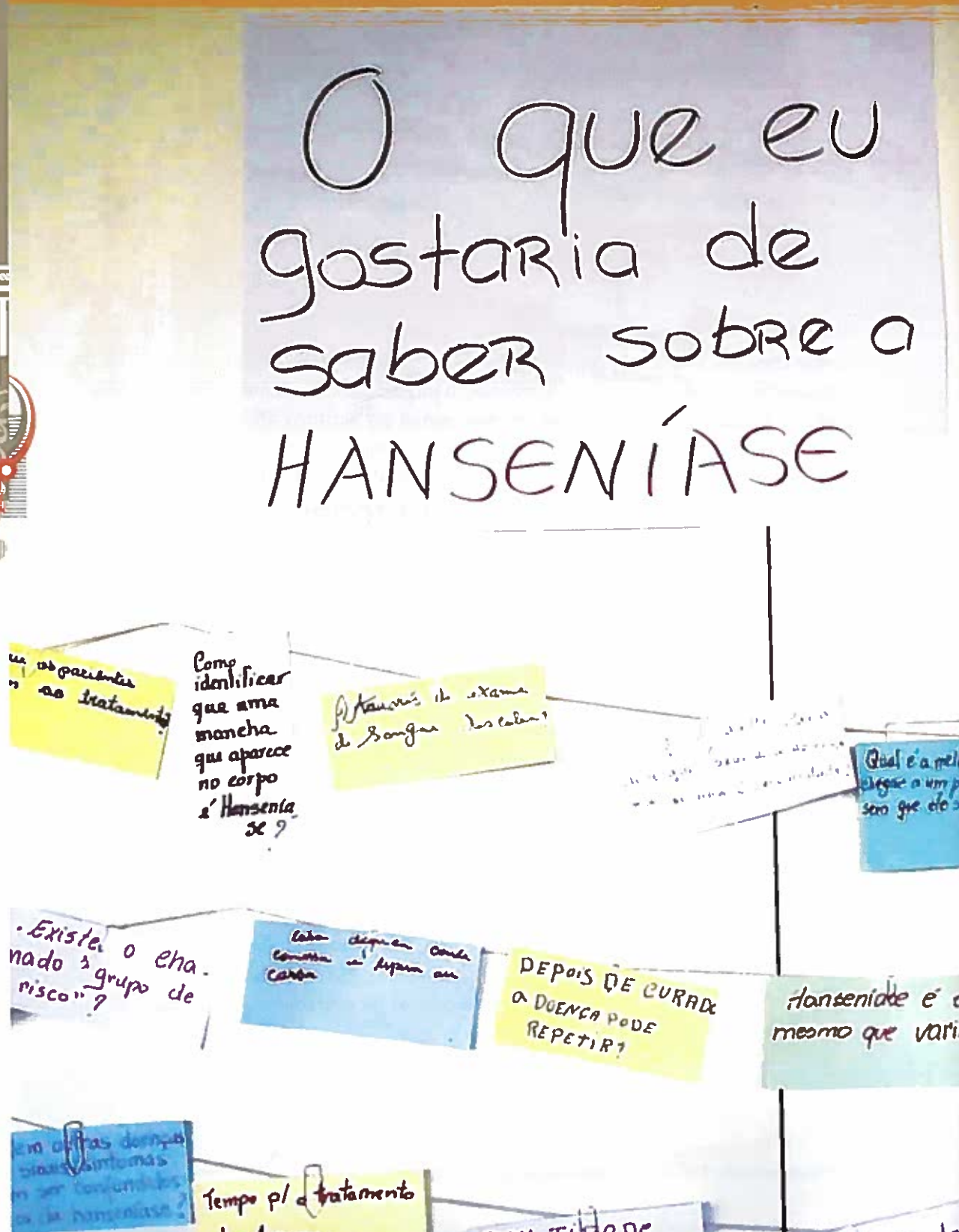
Seguindo orientação do Decit, o PNCH realizou uma reunião com pesquisadores da área, com apresentação e discussão dos resultados de pesquisas (edital de 2005) com potencial de implementação nas ações de controle do PNCH. Embora sem o resultado das pesquisas selecionadas pelos editais mencionados (CNPq e Finep), em dezembro de 2008, foi possível exercitar a integração de vários grupos. As possibilidades advindas dessa estratégia são grandiosas, e tem-se a expectativa de que tamanho empreendimento seja intermediado pelo MS. Criticou-se a falta de acompanhamento do edital de 2005, o que não deve ser repetido com esse edital.

Dinâmica de integração e formação de redes em oficina sobre ações de controle da hanseníase

6 Conclusão das considerações sobre os componentes

As ações realizadas foram planejadas a partir de necessidades específicas associadas a cada componente e assim estão expressas neste relatório. Chamamos atenção ao fato de que elas estabelecem muitas interfaces entre si e algumas, pela abrangência de seus resultados, devem ser consideradas como ações transversais.

A coordenação do PNCH destaca o fato de que nos últimos anos têm sido realizadas muitas reuniões de monitoramento e avaliação, a partir de iniciativas do PNCH. É recomendável que em 2009 seja estimulada a realização de reuniões estaduais, com a participação de gestores municipais e representação social, pelo menos nos nove estados da Amazônia Legal, de preferência, de forma integrada com as políticas transversais do Ministério da Saúde.


O que eu gostaria de saber sobre a HANSENÍASE
Como identificar que uma mancha que aparece no corpo é Hanseníase?
Existe o chamado "grupo de risco"?
DEPOIS DE CURADA A DOENÇA PODE REPETIR?
Tempo p/ o tratamento

"Essas reuniões constituíram momentos de reflexão e construção coletivas com os sustentadores do PNCH no país e representantes internacionais."

Maria Leide (PNCH) e Amali (OMS), durante IX Meeting Technical Advisory on Leprosy Control – WHO, Cairo, em março de 2008

Em julho de 2007 e de 2008, foram realizadas as reuniões anuais de monitoramento e avaliação das ações do PNCH em andamento no país. Essas reuniões constituíram momentos de reflexão e construção coletivas com os sustentadores do PNCH no país e representantes internacionais.

Realizadas na primeira semana de julho nos dois anos dessa gestão, nessas reuniões foram compartilhadas e discutidas as diretrizes do SUS e das principais organizações parceiras e as informações nacionais sobre os principais indicadores de monitoramento e avaliação da hanseníase com os técnicos e gerentes do PNCH de todos os estados e de alguns dos municípios mais endêmicos do país, gestores do SUS, assessores e parceiros, com vistas à adequação das ações de controle e estratégias em desenvolvimento. Ambas foram norteadas pelas perguntas avaliativas já mencionadas e pelos eixos estruturantes do PNCH. A condução do trabalho foi baseada no princípio da participação e construção coletiva na busca de soluções e respostas para os problemas e desafios identificados no processo de monitoramento e avaliação das ações de controle da hanseníase no Brasil.

Debate sobre a situação epidemiológica e o gerenciamento das ações de controle da hanseníase

GOVT. OF BRAZIL
TELEPHONE CARD
O BE DISTRIBUITED IN
10 STATES – BRAZIL
40

"Foram realizados muitos encontros, oficinas e reuniões com ampla participação da sociedade e de outros órgãos de governo."

Ao centro, Irmã Ângela, homenageada na Oficina da Amazônia Legal, ladeada por Cristiano (Morhan) e Maria Leide (PNCH), em abril de 2008

Fazer parceria significa reunir-se para alcançar um objetivo comum; construir e executar projetos em conjunto; assumir a co-responsabilidade das ações realizadas; entristecer-se com o peso de uma derrota; alegrar-se com uma vitória conquistada; remar no mesmo barco e na mesma direção.

A gestão 2007/2008 deu continuidade às parcerias já existentes e ampliou este processo. Foram realizados muitos encontros, oficinas e reuniões com ampla participação da sociedade e de outros órgãos de governo. Nesse percurso, pode-se observar o grande capital de trabalho do Brasil, pois

os nossos parceiros são pessoas inovadoras, criativas, persistentes, têm longa experiência de trabalho e são apaixonadas pelo que fazem. Elas são oriundas de diferentes classes sociais, possuem diferentes saberes e querem compartilhá-lo; são homens e mulheres do povo; são especialistas, doutores e professores. Essas pessoas acreditam no diálogo e no trabalho coletivo; enfrentam desafios, identificam problemas, refletem, criticam e colaboram para mudar a realidade da hanseníase no Brasil.

Página 64: Congresso Mundial de Hansenologia na Índia – janeiro, 2008

Foto ao lado: prevenção de incapacidades

Parceria: condição básica para o controle da hanseníase no Brasil

Publicação da ABEn com o apoio do PNCH

Trabalhar em parceria pressupõe que cada um faça o que lhe cabe fazer, de acordo com a sua competência, função e condições de trabalho. Pressupõe enfrentar conflitos e divergências com respeito ao outro, e sempre que necessário e possível buscar o consenso. Pressupõe respeitar diversidade e diferenças para a superação de limites e construção de caminhos conjuntos.

O controle da hanseníase é um grande desafio para o Governo Federal e, em particular, para o Ministério da Saúde, que tem a responsabilidade de coordenar a política nacional visando garantir o direito à saúde da população brasileira, com respeito a todas as esferas gestoras e às demandas sociais.

A busca de parcerias para implementar a Política Nacional de Controle da Hanseníase no Brasil pelo PNCH/Devep/SVS/MS é a principal estratégia, dado o tamanho da tarefa, mas também significa reconhecer o direito de todos de participarem deste processo. Com isso, pretende-se fortalecer o SUS e seus princípios de universalidade e equidade da atenção à saúde.

Com esta perspectiva, o PNCH buscou estreitar as relações de trabalho no âmbito do MS e instâncias colegiadas do SUS com outros órgãos do Governo Federal, com as coordenações do PCH das secretarias estaduais e municipais de saúde, com universidades e sociedades científicas, com empresas, com organismos da cooperação internacional e com grupos dos movimentos sociais relacionados à luta por melhores condições de vida para as pessoas atingidas pela hanseníase.

QUADRO 4 – Parcerias internas

Articulação e integração no âmbito do SUS	
MS, instâncias colegiadas e agências reguladoras	Secretaria de Assistência à Saúde (DAE; DRAC; DAPS; DAB)
	Secretaria de Vigilância em Saúde (Dasis; Sinan; CGPLO; CGDEP; Nucom; Diges; CGLAB)
	Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (Tele-Saúde; RET-SUS; Pró-Saúde)
	Secretaria-Executiva (FNS; RIDE)
	Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (Decit, DAF)
	Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (Ouvidoria; Disque Saúde; Dagep)
	Assessoria de Comunicação do Ministério da Saúde (Rádio Saúde)
	Conselho Nacional de Saúde – CNS (Comissão de Hanseníase do Conselho Nacional de Saúde)
	Conass e Conasems
	Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa
	Fundação Nacional de Saúde – Funasa/Departamento de Saúde Indígena – Desai
SES e SMS	Coordenações estaduais e municipais do Programa de Controle da Hanseníase, de Atenção Básica e Vigilância Epidemiológica

Para sensibilizar o gestor local e conseguir espaço e aprovação das propostas de trabalho, muitas vezes é necessário buscar a adesão da sociedade, apresentando e discutindo a magnitude e as consequências da hanseníase para toda a população. Essa negociação interna é fortalecida pelo apoio dos movimentos sociais, daí a importância da interlocução local com estes movimentos, o que tem sido estimulado pela Coordenação Nacional do PNCH.

QUADRO 5 – Parcerias externas

Instituições governamentais e não governamentais	
Agências do Sistema ONU	Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS/OMS
Cooperação Internacional	ILEP (AIFO; DAHW; Damien Foundation; LRA; NLR) IBISS/Reprehan; IDEA; Sassakawa
Empresas	Brasil Telecom; Correios
Grupos dos Movimentos Sociais	Grupo de Apoio às Mulheres Atingidas pela Hanseníase – Gamah Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase – Morhan
Grupos Religiosos	Ordem de Malta; Franciscanos; Pastoral da Saúde
Instituições e Sociedades Científicas	Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn Sociedade Brasileira de Dermatologia – SBD Sociedade Brasileira da Hansenologia – SBH Laboratório de Análises de Endemias Regionais – Laser (ENSP/Fiocruz) Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal/UFRJ Departamento de Saúde Comunitária/Faculdade de Medicina/UFC Universidade de São Paulo – Projeto Homem Virtual
Governo Federal	Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República – SEDH/PR Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária – Incra Ministério da Educação e Cultura – MEC
Ministério Público	Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde – Ampasa

Sobre a atuação das instituições parceiras

O trabalho realizado por essas instituições, embora tenha o mesmo objetivo final, apresenta peculiaridades e diferenças que, somadas, resultam em uma grande contribuição à sociedade brasileira. Alguns parceiros colaboram com apoio técnico e financeiro complementar às ações governamentais, a exemplo da ILEP. Outros atuam fortemente na busca de garantia dos direitos das pessoas acometidas pela hanseníase, como o Morhan e o Gamah. Há também o trabalho de orientações e apoio psicossocial realizado por instituições vinculadas à igreja, como a Ordem Franciscana, e de educação em saúde, como a Pastoral da Criança. Mais recentemente, o Ministério Público tem atuado nesta área, fazendo o seu papel de exigir o cumprimento dos direitos dos cidadãos brasileiros. Além disso, destacam-se também as instituições vinculadas à academia e às entidades científicas fundamentais para a educação permanente dos profissionais de saúde.

VI - GESTÃO ORÇAMENTÁRIA E FINANCEIRA

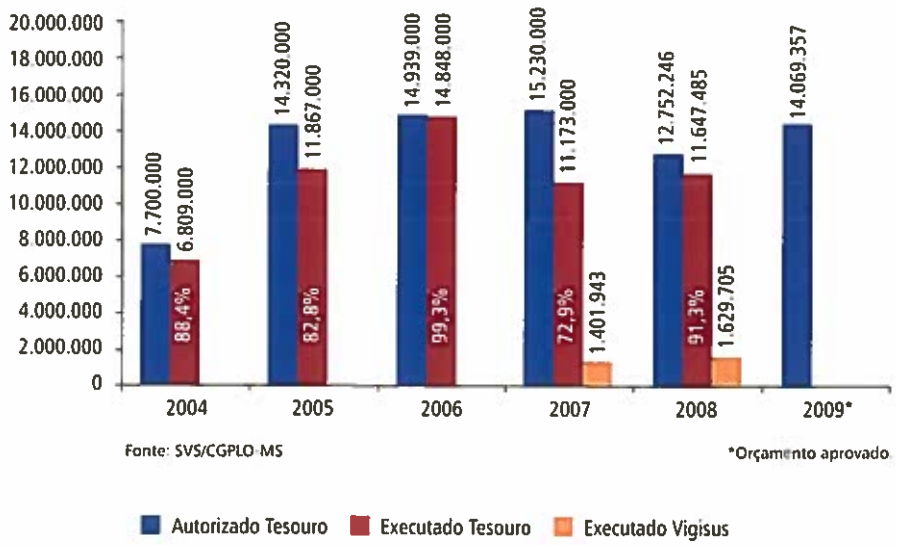
A Vigilância, Prevenção e Controle da Hanseníase contam no PPA 2008-2011 como ação orçamentária, com recursos orçados em R$ 12.752.256,00, para o ano 2008.

Orçamento do PNCH

No PPA 2008 – 2011, consta o Programa de Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças e Agravos, no qual se encontra inserida a ação orçamentária de controle da hanseníase, denominada Vigilância, Prevenção e Controle de Hanseníase – PNCH, cujos recursos autorizados pela Lei Orçamentária Anual (LOA) nº 11.647, de 24 de março de 2008, para o ano de 2008, perfazem o montante de R$ 12.752.246,00, sendo R$ 11.496.446,00 para custeio e R$ 1.255.800,00 para despesas de capital.

A análise dos recursos destinados e executados pelo PNCH, no período 2004 a 2008, indica dois problemas: baixa execução orçamentária em 2007 em comparação com anos anteriores e queda no orçamento de 2008 em contraposição à expansão que vinha ocorrendo em anos anteriores.

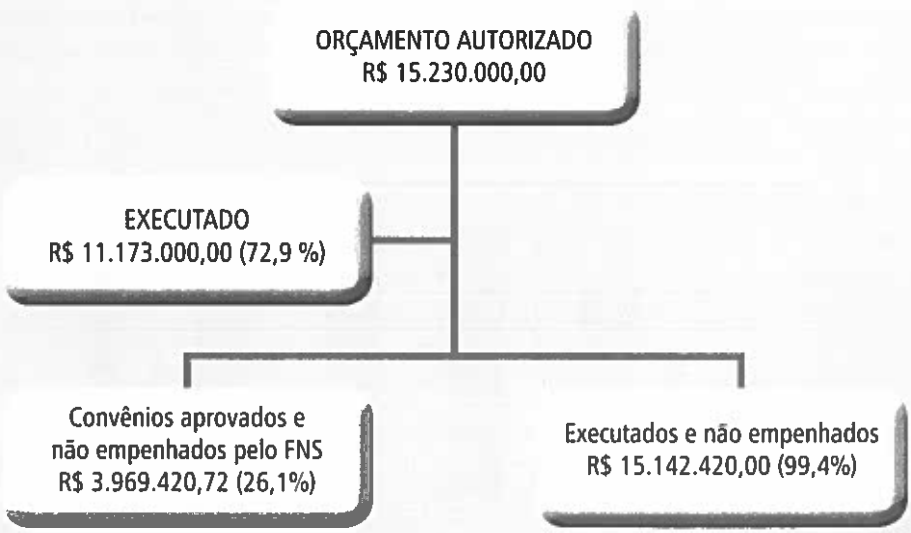
GRÁFICO 8 – Proporção de gastos dos recursos orçamentários do PPA, Programa Nacional de Controle da Hanseníase de 2004 a 2008



Diversos fatores contribuíram para reduzir a execução orçamentária do PNCH em 2007, que chegou apenas a 72,9%. A abertura do Gescon somente em junho (habitualmente aberto um mês após a aprovação do orçamento) aliada às mudanças no sistema provocaram inúmeras dificuldades operacionais às instituições proponentes, retardando o processo burocrático, cadastro do pré-projeto pelo interessado, análise, adequação e aprovação das propostas priorizadas pelas áreas técnicas. Com isso, chegou-se às últimas semanas de dezembro com propostas aprovadas para celebração dos convênios no Fundo Nacional de Saúde; no entanto, parte dos projetos prioritários do PNCH, embora com orçamento previsto no programa, não puderam ser celebrados em função de critérios e limites estabelecidos para empenho ao Ministério da Saúde (Gráfico 8). Caso o processo tivesse transcorrido sem essas intercorrências, a execução financeira do PNCH teria atingido 99,4% (Gráfico 9).

A queda no orçamento de 2008 (Gráfico 8) deveu-se ao corte de 20,79% efetuado pelo Congresso Nacional. A proposta orçamentária inicial encaminhada pelo MS para a ação "Vigilância, Prevenção e Controle da Hanseníase" estava orçada em R$ 16.100.000,00 (dezesseis milhões e cem mil reais).

GRÁFICO 9 – Execução orçamentária do PNCH em 2007



R$ 1,00 • Fonte: SVS/CGPLO

Uso dos recursos orçamentários

Os recursos do PNCH são utilizados para realização de ações coordenadas pela equipe central (publicações, capacitações, reuniões e outros eventos nacionais e regionais). No entanto, parte significativa do total de recursos disponíveis para o programa é repassada para instituições parceiras dos movimentos sociais, instituições de ensino, Centros de Referência, sociedades científicas e secretarias de municípios e estados como apoio à descentralização de ações (Quadro 6).

QUADRO 6 – Recursos do PNCH destinados à instituições parceiras de 2004 a 2008

Movimento Social

Movimento pela Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase – Morhan*

Instituições de Ensino Superior

Fundação de Estudos e Pesquisas em Administração – UnB

Universidade Federal do Pará

Universidade do Rio Grande do Sul

Fundação Universitária José Bonifácio/UFRJ

Instituto de Apoio à Fundação Universidade de Pernambuco

Universidade Federal de Goiás

Fundação Faculdade de Medicina/USP/SP

Centros de Referência Nacional em Hanseníase

Centro de Referência Nacional Alfredo da Mata/SES/AM

Centro de Referência Nacional D. Libânia/SES/CE

Centro de Referência Nacional de Uberlândia/UFU/MG

Fundação Oswaldo Cruz

Instituto Lauro Souza Lima/FUNPEC/SP

Sociedade Científica

Associação Brasileira de Enfermagem/ABEN

Secretarias Estaduais e Municipais

SES/PB

Incentivo para intensificação das ações de vigilância para estados e municípios
(117.000,00 - TO, MA, MT, PE, RR; 67.000,00 -ES, GO, PI, RO; os demais estados - 27.000,00)

Municípios Prioritários (109 municípios de 26 estados; SC não entrou) 16.690,49 para cada município

Incentivo aos estados que atingiram a eliminação da Hanseníase
(8 estados - AL, DF, MG, RJ, RN, RS, SC, SP) 30 mil para cada estado

*Reestruturação de Unidades de Referência Reabilitação (11 unidades dos estados - SE, PB, TO, MG, RJ, BA, PI)

*Reestruturação dos Hospitais-Colônias (13 hospitais dos estados - SE, PB, TO, MG, RJ, BA, PI, PE, GO, SP, PA)

Total

Forma de Repasse de Recurso	2004	2005	2006	2007	2008	2004 - 2008
Convênio	0,00	584.152,00	500.000,00	700.000,00	589.636,00	**2.373.788,00**
Convênio	0,00	50.000,00	0,00	0,00	0,00	**50.000,00**
Convênio	0,00	0,00	58.400,00	0,00	0,00	**58.400,00**
Convênio	0,00	0,00	50.000,00		0,00	**50.000,00**
Convênio	0,00	0,00	0,00	153.000,00	0,00	**153.000,00**
Convênio	0,00	415.000,00	0,00	0,00	0,00	**415.000,00**
Convênio	0,00	0,00	0,00	0,00	219.957,00	**219.957,00**
Convênio	0,00	0,00	250.000,00	0,00	0,00	**250.000,00**
	0,00	0,00	0,00		900.000,01	**900.000,01**
Convênio	0,00	0,00	0,00	990.000,00	465.000,00	**1.455.000,00**
Convênio	0,00	474.500,00	1.698.000,00	0,00	500.000,00	**2.672.500,00**
Convênio	900.000,00	0,00	0,00	871.300,00	1.829.800,00	**3.601.100,00**
Convênio	900.000,00	400.000,00	600.000,00	323.000,00	2.605.000,00	**4.828.000,00**
Convênio	0,00	0,00	0,00	0,00	150.000,00	**150.000,00**
Convênio	0,00	0,00	0,00	107.586,00	0,00	**107.586,00**
Fundo a Fundo	2.582.496,00	0,00	0,00	0,00	0,00	**2.582.496,00**
Fundo a Fundo	0,00	2.937.526,24	0,00	0,00	0,00	**2.937.526,24**
Fundo a Fundo	0,00	0,00	240.000,00	0,00	0,00	**240.000,00**
Fundo a Fundo	0,00	0,00	2.548.708,56	0,00	0,00	**2.548.708,56**
Fundo a Fundo	0,00	923.960,42	4.039.492,57	0,00	0,00	**4.963.452,99**
	2.582.496,00	**3.861.486,66**	**6.828.201,13**	**0,00**	**0,00**	**13.272.183,79**

*Deste montante, R$ 350.000,00 foram repassados à organização e R$ 350.000,00 foram executados diretamente pelo PNCH para a realização de evento nacional do Morhan com moradores de ex-hospitais-colônia.

Fontes de recursos financeiros complementares

Os recursos complementares às ações do programa provêm do Projeto de Modernização do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde – Vigisus II/MS, de projetos de cooperação com organismos das Nações Unidas e de acordos com organizações de cooperação internacional, como a Fundação Sassakawa e a ILEP (Quadros 7 e 8).

QUADRO 7 – Programa Nacional de Controle da Hanseníase – Devep/SVS – MS
Custos dos eventos por fonte orçamentária

	2007	2008	2007/2008
Vigisus/PNUD	909.838,96	1.557.485,03	2.467.323,99
ILEP	284.250,00	295.213,00	579.463,00
OPAS/TESOURO	173.664,24	2.388.298,97	2.561.963,21
Total de eventos	**1.367.753,20**	**4.240.997,00**	**5.608.750,20**

R$ 1,00 • Fonte: UGP/OPAS/PNCH MS

Os recursos doados pela ILEP foram utilizados principalmente para a realização de atividades de capacitação, monitoramento e avaliação em prevenção de incapacidades e reabilitação, com base nas atividades previstas no Termo de Cooperação Técnica firmado entre a instituição e o MS.

QUADRO 8 – Programa Nacional de Controle da Hanseníase – Devep/SVS – MS
Contrato por produto, por fonte orçamentária, nos anos 2007 e 2008

	Vigisus/PNUD	OPAS/TESOURO	Sassakawa	Total
2007	492.106,00	305.510,00	66.400,00	862.016,00
2008	72.220,00	687.248,00	84.600,00	759.468,00
Total	564.326,00	990.758,00	151.000,00	1.706.084,00

R$ 1,00 • Fonte: UGP/OPAS/PNCH MS

Os recursos doados pela Fundação Sassakawa (R$ 570.340,00 em 2007-2008) são repassados à OPAS/Brasil, com base em um plano de trabalho. Esses recursos foram utilizados para realização projetos estratégicos de avaliação do PNCH: Validação Diagnóstica em Menores de 15 anos; Investigação em Serviços de Saúde (Pesquisas Operacionais); Avaliação do Programa Nacional de Controle da Hanseníase (Etapas I e II) desenvolvido pelo Laser/Fiocruz e apoio às atividades do Projeto de Prevenção de Incapacidades, Autocuidado e Reabilitação.

O Projeto Vigisus aplicou no PNCH R$ 3.031.647,99 em treinamentos, capacitações, análise de dados, aperfeiçoamento do Sinan-NET (módulo hanseníase), publicações e supervisões técnicas, como demonstra o Quadro 9, embora as ações do programa não constituam um dos focos centrais do projeto.

QUADRO 9 – Programa Nacional de Controle da Hanseníase – Devep/SVS – MS
Eventos e contratos por fonte orçamentária em 2007/2008

Vigisus/PNUD			
	Eventos	Contrato	Total
2007	909.836,96	492.106,00	1.401.942,96
2008	1.557.485,03	72.220,00	1.629.705,03
Total	**2.467.321,99**	**564.326,00**	**3.031.647,99**

Sassakawa			
	Eventos	Contrato	Total
2007	0,00	66.400,00	66.400,00
2008	0,00	84.600,00	84.600,00
Total	**0,00**	**151.000,00**	**151.000,00**

OPAS			
	Eventos	Contrato	Total
2007	173.664,24	303.510,00	477.174,24
2008	2.388.298,77	687.248,00	3.075.543,77
Total	**2.561.963,01**	**990.758,00**	**3.552.718,01**

R$ 1,00 • Fonte: UGP/OPAS/PNCH-MS

Outra instituição colaboradora é a Cruz de Malta. Essa instituição e o Ministério da Saúde assinaram um Termo de Cooperação Técnica, cujo plano de trabalho previa investimento financeiro do MS para reforma de serviços de saúde de referência e doação de equipamentos pela Cruz de Malta para estes centros. Em 2007, o Termo de Cooperação expirou sem que o plano de ação estivesse concluído. Visando manter a continuidade das ações planejadas, o MS deu seguimento ao repasse de recursos programados e um novo Termo de Cooperação Técnica foi assinado em 2008. O Quadro 10 apresenta a situação atual da execução do plano acordado. Vale salientar que o Termo de Cooperação assinado em 2008 foi ampliado para incluir outra instituição parceira, a Província Franciscana, que atua, sobretudo, em ações de educação e mobilização social para o controle da hanseníase.

QUADRO 10 – Cooperação Técnica entre o Ministério da Saúde e a Ordem Cruz de Malta – Situação atual de execução do Plano de Trabalho

Centros de Referência	Repasse MS (2006-2007)	Situação da reforma	Doação de equipamentos pela Cruz de Malta (2007-2008)	Situação dos equipamentos
Hospital da UFSE	Programados e repassados: R$ 400.000,00 (1)	Realizada	Programados: R$ 400.000,00	Não repassado
Hospital Dom Rodrigues de Menezes - SES/BA	Programados e repassados: R$ 489.244,68	Realizada parcialmente	Programados: R$ 543.563,51	Não repassado
Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - FHEMIG	Programados e repassados: R$ 687.000,00	Parcialmente realizada	Programados: R$ 137.504,58 Sanatório Santa Izabel Programados: R$ 61.304,98 Hospital Eduardo Menezes Programados: R$ 149.732,83 Sanatório Pe. Damião	Repassados: R$ 88.000,00
Hospital Getúlio Vargas - PI	Programados e repassados: R$ 378.156,83	Sem informação (2)	Programados: R$ 130.882,50	Não repassado
Centro Maria Imaculada - Arquidiocese de Teresina/PI	Programados e repassados: R$ 92.800,00	Sem Informação (2)	Programados: R$ 59.040,00	Repassados: R$ 28.630,00

Observações:

1. O MS repassou o valor total, porém, a instituição proponente não empenhou o valor corresponde à segunda parcela do repasse, no valor de R$ 200.000,00.
2. Visita não realizada pelo PNCH.

Equipe do PNCH na reunião de planejamento para 2009

Ao longo deste relatório, na descrição das estratégias adotadas e ações realizadas ou em curso, procurou-se caracterizar a situação da hanseníase no Brasil na atualidade; as dificuldades e apoios recebidos para o enfrentamento dos problemas e os resultados que puderam ser aferidos no período.

Um ano e meio é um período muito curto para se afirmar com segurança os avanços de uma gestão, pois várias iniciativas ainda não mostraram seus resultados práticos. Além disso, outros processos iniciados demandam tempo e esforço continuado de todas as esferas gestoras para sua consolidação.

Nesse contexto, o relatório atual representa um ponto de partida para a análise crítica do trabalho realizado, assim como para a identificação de novos desafios a serem enfrentados nos próximos anos.

Topo da página: informações sobre hanseníase divulgadas em eventos populares – festa junina em Coroatá, Maranhão, 2008

Ao lado: Transmissão de Cargo da Coordenação do PNCH – Aparecida Grossi, Gerson Oliveira Penna, Maria Leide W. de Oliveira, Eduardo Hage e Danusa Benjamim

VIII - SIGLAS E ABREVIATURAS

ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
ACH	Ações de Controle da Hanseníase
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AIFO	Associação Italiana dos Amigos de Raoul Follereau
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
Ascom/MS	Assessoria de Comunicação do Ministério da Saúde
CDC	Center of Control of Diseases
CES	Conselho Estadual de Saúde
CIES	Comissões de Integração Ensino-Serviço
CIT	Comissão Intergestora Tripartite
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
CGDT	Coordenação-Geral de Doenças Transmissíveis
CGLAB	Coordenação-Geral de Laboratórios de Saúde Pública
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CGDEP	Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços
CGPLO	Coordenação-Geral de Planejamento e Orçamento
Conass	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
Conasems	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CNSS	Cadastro Nacional de Serviços de Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
DAHW	Associação Alemã de Assistência aos Hansenianos

DAE	Departamento de Atenção Especializada
Dagep	Departamento de Apoio à Gestão Participativa
DAPE	Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
Dasis	Departamento de Avaliação de Situação de Saúde
Decit	Departamento de Ciência e Tecnologia
Deges	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
Desai	Departamento de Saúde Indígena
Devep	Departamento de Vigilância Epidemiológica
Diges	Diretoria de Gestão
DRAC	Departamento de Regulação, Avaliação e Controle
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
ET-SUS	Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde
FESP/MG	Fundação de Ensino Superior de Passos/Minas Gerais
FHEMIG	Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
Finep	Financiadora de Estudos e Projetos
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
FNS	Fundo Nacional de Saúde
FUAM	Fundação Alfredo da Mata
Funasa	Fundação Nacional de Saúde
Gescon	Sistema de Gestão Financeira e de Convênios
GM	Gabinete do Ministro
GT-VS	Grupo Técnico de Vigilância em Saúde
IBISS/REPREHAN	Instituto Brasileiro de Inovações em Saúde Social/ Reconhecimento Precoce da Hanseníase
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IESC/UFRJ	Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro
IDEA	Associação Internacional para Integração, Dignidade e Avanço Econômico
ILEP	Federação Internacional de Associações de Combate à Hanseníase
ILSL	Instituto Lauro Souza Lima
Incra	Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária
ISS	Investigação em Serviços de Saúde

Laser	Laboratório de Avaliação de Situações Endêmicas Regionais
LOA	Lei Orçamentária Anual
M&A	Monitoramento e Avaliação
MB	Multibacilar
MS	Ministério da Saúde
Morhan	Movimento pela Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase
MEC	Ministério da Educação
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NLR	Netherland Leprosy Relief
Nucom	Núcleo de Comunicação
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde / WHO – World Health Organization
PAC	Plano de Aceleração do Crescimento
PAT	Plano Anual de Trabalho
PAVS	Programação das Ações de Vigilância em Saúde
PAP-VS	Programação das Ações Prioritárias de Vigilância em Saúde
PlamSUS	Sistema de Planejamento, Orçamento e Monitoramento das Ações do SUS
PB	Paucibacilares
PDR	Plano Diretor Regional
PECH/AL	Programa Estadual de Controle da Hanseníase/Alagoas
PECH/SE	Programa Estadual de Controle da Hanseníase/Sergipe
PI	Prevenção de Incapacidades
PICD<15 anos	Protocolo de Investigação de Casos Diagnosticados em Menores de 15 Anos
PIR	Prevenção de Incapacidades e Reabilitação
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNCH	Programa Nacional de Controle da Hanseníase
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPA	Plano Plurianual
PPI Assistencial	Programação Pactuada Integrada Assistencial
PQT	Poliquimioterapia

Profae	Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem
Pró-Saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PSE	Programa de Saúde na Escola
RET-SUS	Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde
RUTE	Rede Unificada de Tele-Saúde
RNEP	Rede Nacional de Ensino e Pesquisa
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SEDH/PR	Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República
SCTIE/MS	Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do MS
SBD	Sociedade Brasileira de Dermatologia
SBH	Sociedade Brasileira de Hansenologia
SBI	Sociedade Brasileira de Infectologia
SEED/MEC	Secretaria de Educação a Distância do Ministério da Educação
SES	Secretaria Estadual de Saúde
Sigplan	Sistema de Informações Gerais de Planejamento
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde
Sinan	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
Sisplan	Sistema de Informação em Planejamento
Sisplam	Sistema de Planejamento e Monitoramento
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
USP/SBD	Universidade de São Paulo – Sociedade Brasileira de Dermatologia
TCU	Tribunal de Contas da União
TV Escola	Programa da Série Geração Saúde, da Secretaria de Educação a Distância, para capacitação e atualização dos professores da Educação Básica
VE	Vigilância Epidemiológica
Vigisus	Projeto de Vigilância e Controle de Doenças

ANEXO 1

PORTARIA DE NOMEAÇÃO DO COMITÊ TÉCNICO ASSESSOR DO PNCH

Publicada no D.O.U., em 17/07/2007

SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
PORTARIA Nº 27, DE 13 DE JULHO DE 2007

O SECRETÁRIO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, no uso de suas atribuições, que lhe confere o Artigo 38, do Decreto nº 5.974, de 29 de novembro de 2006, resolve:

Art. 1º Instituir o Comitê Técnico de Assessor de Hanseníase – CTAH que possui caráter consultivo e com a finalidade de assessorar o Programa Nacional de Eliminação e Controle da Hanseníase – PNECH nos aspectos técnicos necessários da hanseníase enquanto problema de saúde pública.

Art. 2º O Comitê Técnico de Assessor de Hanseníase – CTAH será composto e nomeado por Portaria do Secretario de Vigilância em Saúde, dentre pessoas indicadas pelas seguintes autoridades:

I. Diretor do Departamento de Vigilância Epidemiológica;

II. Coordenador do Programa Nacional de Eliminação e Controle da Hanseníase;

III. Representantes das Unidades de Referência credenciadas;

IV. Representantes das Sociedades Científicas; Sociedade Brasileira de Hansenologia; Sociedade Brasileira de Dermatologia; Sociedade Brasileira de Medicina Tropical; Associação Brasileira de Saúde Coletiva;

V. Representante do Movimento de Reintegração das Pessoas Antigas pela Hanseníase;

VI. Representante da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS);

VII. Representante da Federação de Associações de Luta contra Hanseníase (ILEP);

VIII. Representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems);

IX. Representante do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass);

X. Representante da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS); e

XI. Técnicos de notório saber e experiência na área.

§1º Os integrantes indicados para compor o Comitê Técnico de Assessor de Hanseníase – CTAH deverão declarar, no ato da indicação, que não possuem qualquer incompatibilidade com o exercício da atividade de assessoramento do Programa Nacional de Eliminação e Controle da Hanseníase – PNECH.

§2º Os integrantes do CTAH poderão indicar, como suplentes, seus representantes legais, por meio de documento oficial encaminhado ao Secretario de Vigilância em Saúde, caso não possam comparecer às reuniões ordinárias e extraordinárias.

§3º O afastamento provisório ou definitivo de qualquer integrante do CTAH dar-se-á por Portaria da Secretaria de Vigilância em Saúde, que também indicará o nome do respectivo substituto.

Art. 3º São atribuições do Comitê Técnico Assessor de Hanseníase – CTAH:

I. Avaliar e acompanhar o desempenho do Programa Nacional de Eliminação e Controle da Hanseníase;

II. Recomendar temas para pesquisas em hanseníase que serão avaliados conjuntamente com o Decit/SCTIE/MS;

III. Sugerir a composição de comissões técnicas especiais para apreciações e pareceres que exigirem estudos específicos e fundamentados;

IV. Contribuir na elaboração e/ou revisão das normas técnicas do Programa Nacional de Eliminação e Controle da Hanseníase – PNECH; e

V. Assessorar o PNECH na definição, implantação e avaliação de propostas de articulação entre os diversos níveis de complexidade do Sistema Único de Saúde, nas esferas federal, estaduais, municipais e distrital, assegurando a prioridade e atuação globalizada em áreas ou regiões definidas por critérios epidemiológicos.

Art. 4º O CTAH será coordenado pelo Diretor do Departamento de Vigilância Epidemiológica – Devep/SVS/MS e/ou substituto para o exercício das seguintes atividades:

I. Coordenar as reuniões do Comitê Técnico Assessor da Hanseníase;

II. Indicar um técnico para desenvolver as atividades necessárias ao pleno funcionamento do Comitê Técnico Assessor da Hanseníase;

III. Encaminhar aos membros, em prazo hábil, todas as documentações necessárias para as reuniões do CTAH;

IV. Encaminhar aos membros os relatórios das decisões adotadas nas reuniões do CTAH; e

V. Submeter as recomendações oriundas das reuniões ordinárias e extraordinárias do CTAH à apreciação e aprovação do Secretario de Vigilância em Saúde.

Art. 5º Os membros do CTAH terão as seguintes atribuições:

I. Participar das reuniões ordinárias e extraordinárias do CTAH;

II. Identificar, analisar e apresentar materiais técnico-científicos acerca das matérias debatidas nas reuniões do CTAH;

III. Propor ao Diretor do Departamento de Vigilância Epidemiológica – Devep/SVS/MS, com antecedência mínima de 15 (quinze) dias, a convocação de reuniões extraordinárias para

tratar de assuntos urgentes e relevantes;

IV. Propor temas e indicar pessoas ou representantes de entidades públicas ou privadas para integrarem debates relevantes que envolvam os assuntos do CTAH;

V. Acompanhar e avaliar a situação da hanseníase no país e o desempenho do PNECH/SVS/MS, por instrumentos e métodos epidemiológicos, apresentando notas técnicas ao Secretario de Vigilância em Saúde; e

VI. Identificar, analisar e apresentar propostas para discussão e articulação institucional no processo de aperfeiçoamento da política nacional de direcionamento do PNECH.

Art. 6º O CTAH reunir-se-á ordinariamente, duas vezes ao ano ou, extraordinariamente, quando convocado pelo seu Coordenador, sendo que as reuniões serão realizadas somente com a presença da maioria de seus assessores (metade mais um).

§1º Os componentes do CTAH poderão ser convocados isoladamente para atendimento a demandas específicas em sua área de atuação, em situações especiais.

§2º Os membros do CTAH poderão manifestar o desinteresse em permanecer na atividade, mediante solicitação prévia dirigida ao Coordenador do CTAH, sendo desligado da atividade somente após publicação de Portaria respectiva da Secretaria de Vigilância em Saúde.

§3º Os membros que faltarem às reuniões, sem a devida indicação de representante legal ou justificativa pertinente, serão desligados das atividades, após a terceira falta injustificada, seja ela seguida ou alternada.

Art. 7º As reuniões ordinárias e extraordinárias serão realizadas em Brasília ou em local previamente designado por decisão do Coordenador do CTAH.

Art. 8º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 9º Revogar as portarias nº 4/SVS, de 2 de fevereiro de 2007, publicada no Diário Oficial da União nº 25, Seção 1, páginas. 43 e 44, de 5 de fevereiro de 2007, e nº 63/SVS, de 24 de novembro de 2005, publicada no Diário Oficial da União nº 226, Seção 2, página 26, de 25 de novembro de 2005.

GERSON OLIVEIRA PENNA

ANEXO 2

NOTA TÉCNICA Nº 010/2007/PNCH/Devep/SVS/MS

Assunto: Indicadores de Monitoramento do Comportamento da Hanseníase no Brasil

1. O controle da hanseníase é baseado no diagnóstico precoce de casos, seu tratamento e cura, visando eliminar fontes de infecção e evitar seqüelas.

2. A introdução da Poliquimioterapia (PQT), na década de 80, teve como resultado a cura de muitos casos em tratamento monoterápico com dapsona desde seu diagnóstico. A implementação da PQT levando à alta por cura dos pacientes, então sob cuidados dos serviços de saúde, com importante redução da prevalência de casos em tratamento, foi a primeira meta da chamada eliminação da hanseníase. No entanto, os casos ainda não diagnosticados e tratados, continuam sendo as principais fontes de infecção, fazendo com que o controle dessa doença dependa do diagnóstico precoce.

3. O principal indicador epidemiológico do controle da hanseníase é o coeficiente de detecção em menores de 15 anos, que expressa a força de transmissão recente e sua tendência. Também devem ser considerados: o coeficiente de detecção em todas as idades, que expressa a relação entre os casos novos e a população em geral; e a proporção de cura dos casos diagnosticados, que é o mais importante indicador de resultado das atividades de controle.

Coeficiente de detecção

4. Desde 2004, o cálculo do coeficiente de detecção foi alterado pelo PNCH, passando-se a incluir como casos novos de hanseníase apenas aqueles presentes na base de dados do Sistema Nacional de Agravos de Notificação - Sinan no nível federal, no dia 15 de janeiro do ano seguinte, em lugar de 31 de março, como feito anteriormente. Como o Sinan não é um sistema em tempo real, fica claro que não existe oportunidade de todos os casos diagnosticados no ano anterior serem incluídos na base de dados até janeiro, mesmo desconsiderando a possibilidade de problemas de operacionalização do sistema. Tal alteração operacional provocou modificação na estrutura da série histórica, produzindo uma queda artificial no número de casos novos detectados.

5. Como conseqüência dessa decisão, e devido ao contínuo ingresso de casos novos do ano anterior na base do Sinan, são encontrados dados conflitantes nas páginas oficiais do Ministério da Saúde, na Internet, que possivelmente consolidaram dados obtidos em datas diferentes. Exemplo disso é o fato de a Secretaria de Vigilância à Saúde - SVS apontar a existência de cerca de 51.000 casos novos detectados em 2004 (2,88 casos novos /10.000 habitantes) enquanto a RIPSA indica 38.423 (2,14), que corresponde ao número oficial divulgado e apresentado como um resultado real dos esforços de controle da hanseníase (gráfico 1). Vale ressaltar que este é o dado utilizado para programação dos medicamentos e que a sua subestimação pode ser um dos fatores que explicam os problemas de abastecimentos, desde o final de 2006.

Recomendações

- Utilizar a base de dados existente no nível federal em 31 de julho do ano seguinte, para o cálculo e divulgação do coeficiente de detecção.
- Utilizar a base de dados existente no nível federal em 31 de março do ano seguinte, para estimativa dos dados de detecção e para envio à OMS em abril. Os dados enviados deverão constar como preliminares e, se possível, serem acompanhados de estimativa de sub-registro[1].

---

[1] O estudo da distribuição do tempo de entrada de casos poderá produzir estimativa do sub-registro nos meses anteriores a 31 de julho, o que é recomendável.

- Os casos de hanseníase poderão ser incluídos no Sinan apenas nos dois primeiros anos após seu diagnóstico[2].

Proporção de cura dos casos novos diagnosticados (indicador do Pacto pela Saúde e PPA, a partir de 2008)

6. A proporção de cura após o primeiro tratamento é um indicador da efetividade do mesmo e de resultado do controle da hanseníase. Esse indicador deve ter como base a coorte de casos novos diagnosticados, visto que o objetivo é curar oportunamente os casos detectados, e o município de residência, por ser o controle da hanseníase uma atividade da atenção básica.

7. Excluídos apenas os casos de erro diagnóstico, o desenlace do tratamento deverá ser analisado no 12º mês após o diagnóstico para os casos paucibacilares (PB) e no 24º mês para os casos multibacilares (MB).

8. Os tipos de desenlace possíveis no momento da avaliação da coorte são:

   - **Cura:** paciente com avaliação médica, após 6 doses tomadas em até 9 meses para os pacientes PB ou 12 doses tomadas em até 18 meses para os MB.
   - **Completou tratamento:** paciente com 6 doses tomadas em 9 meses para PB ou 12 doses em 18 meses para MB, sem avaliação médica.
   - **Óbito**
   - **Transferência:** saída do paciente da esfera de responsabilidade da base geográfica que definiu a coorte.
   - **Em tratamento:** paciente que, por irregularidade, reiniciou o esquema terapêutico e está ainda em tratamento no momento da avaliação da coorte.
   - **Abandono:** paciente que não completou o número de doses no prazo previsto, e que não compareceu ao serviço de saúde nos últimos 12 meses.

OBS: casos que retornam ao mesmo ou a outro serviço de saúde após abandono do tratamento devem ser notificados como *outros reingressos*.

Prevalência

9. A partir de 2004, o cálculo do coeficiente de prevalência pontual foi modificado, passando a considerar casos *em curso de tratamento*, que incluía apenas os PB com até 6 meses e os MB com até 12 meses, a contar da data do diagnóstico. Com esse critério passaram a ser excluídos da prevalência: os PB e MB em tratamento com mais de 6 e 12 meses, respectivamente; os casos que reiniciaram tratamento; os casos em tratamento com esquemas alternativos e os casos *em abandono* de tratamento, que ainda não atenderam os critérios para *saída administrativa*. Essa alteração resultou na redução da prevalência de 4,52 (2003) para 1,59 por 10.000 hab. (2004).

10. A prevalência pontual de casos em tratamento é um indicador que sofre influências operacionais e se modifica em grande escala com alterações como, por exemplo, a duração do tratamento. O coeficiente de detecção e os desenlaces das coortes de casos diagnosticados informam com mais clareza a situação da endemia e a efetividade do tratamento, tornando a prevalência pontual um indicador dispensável para avaliação destes aspectos. É, no entanto, útil apenas para estimar a duração média do tratamento, ou seja, o tempo em que o paciente permanece sob cuidados do sistema de saúde

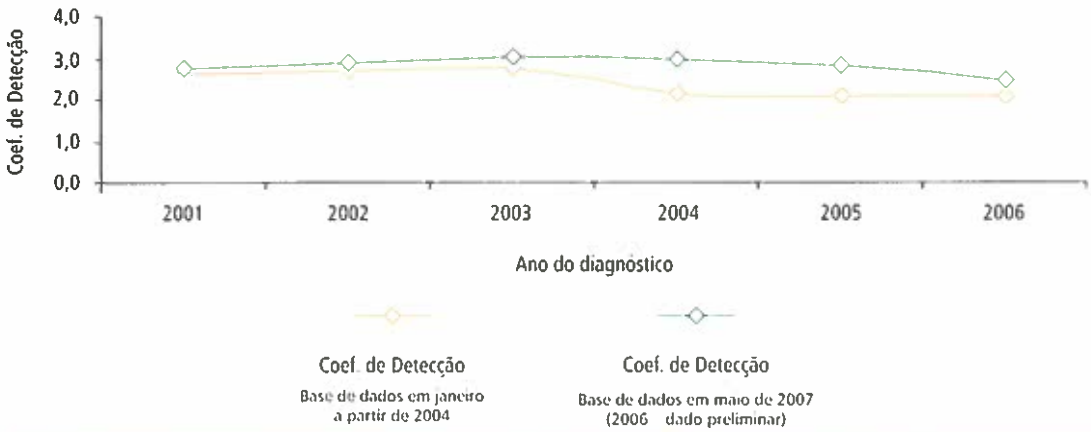
---

[2] Considerou-se que dados mostram que em 2 anos, mais de 99% dos casos já foram incluídos no banco do Sinan, tornando o custo-benefício de uma maior precisão muito alto.

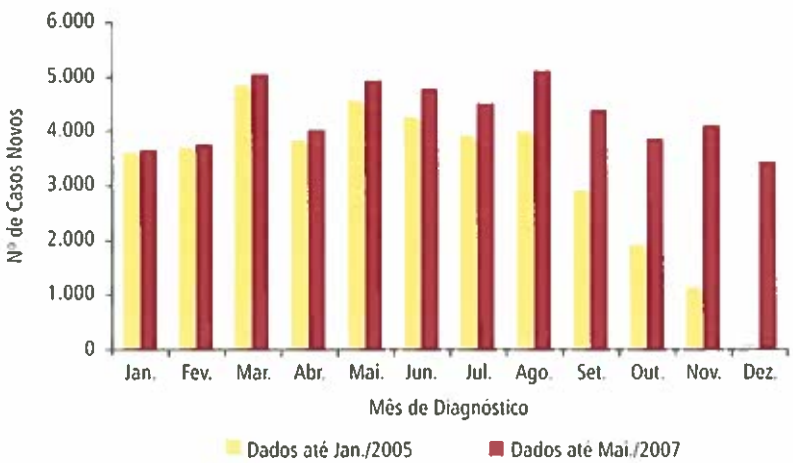
para tratamento específico, quando se divide o número de casos prevalentes pelo número de casos detectados. Quando calculado, deverá seguir recomendações da OMS, ou seja, refletir claramente os casos sob cuidados do sistema de saúde no momento, não incluindo os pacientes curados, falecidos e aqueles que não estão mais sob cuidados por abandono ou transferência.

11. Nesse sentido, o indicador de prevalência passa a ser um indicador secundário e complementar, para atender a solicitações de avaliações especiais ou externas, e comparação com outros países. Assim sendo, a terminologia "eliminação", implicitamente ligada à "meta de eliminação", baseada nesse indicador, torna-se inadequada para nominar a área técnica de hanseníase, que volta a ser Programa Nacional de Controle de Hanseníase - PNCH.

GRÁFICO 1 – Coeficiente de detecção da hanseníase, por 10.000 habitantes – casos novos registrados no Sinan, Brasil, 2001 a 2006



Casos novos de hanseníase registrados no Sinan, por mês de diagnóstico, 2004, Brasil



NOTA: Documento baseado nos relatórios elaborados pelos grupos de trabalho reunidos em Brasília e Fortaleza (maio/07) e aprovado pela Comissão de Monitoramento e Avaliação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde em 18 de junho de 2007 e pelo Comitê Assessor de Hanseníase em julho de 2007.

Brasília, 21 de agosto de 2007.

Maria Leide W. de Oliveira
Coordenadora Geral do Programa Nacional de Controle da Hanseníase – PNCH/Devep/SVS

Eduardo Hage Carmo
Diretor de Vigilância Epidemiológica

Gerson Penna
Secretario de Vigilância em Saúde

OBSERVAÇÃO: neste relatório, a Nota Técnica nº 10 está sendo publicada sem o anexo existente no original, que está disponível no portal eletrônico do Ministério da Saúde, na página da Secretaria de Vigilância em Saúde: http://www.saude.gov.br/svs.

ANEXO 3

NOTA TÉCNICA Nº 14/2008 PNCH/Devep/SVS/MS

Assunto: **Vigilância Epidemiológica de casos de hanseníase em menores de 15 anos**

1. Nos últimos seis anos (2001-2006) o Brasil manteve uma média anual de 47.400 casos novos detectados sustentando uma media de 4.000 casos em menores de 15 anos (8%), com um coeficiente de detecção de 7/100.000 habitantes, valor considerado como hiperendemicidade pelos parâmetros padronizados pela Organização Mundial de Saúde, sendo que 387 municípios foram responsáveis por 70% (16.613 / 23.853) dos casos de hanseníase nessa faixa etária.

2. Considerando-se que a detecção em menores de 15 anos indica transmissão recente por fontes ativas, esse indicador deve ser priorizado no monitoramento da doença para que se obtenham resultados efetivos na eliminação de fontes de contágio ainda não detectadas.

3. Considerando ainda o quantitativo de casos de hanseníase em idades muito precoces (1.382 menores de 6 anos entre 2004 e 2006), o que não é comum na hanseníase e pode indicar enganos no preenchimento/digitação de datas de detecção, diagnóstico e/ou nascimento, além da possibilidade de erros no diagnóstico diferencial com outras doenças dermatológicas ou neurológicas assemelhadas, recomendamos a implantação de um fluxo complementar de vigilância dos casos de hanseníase em menores de 15 anos com os seguintes objetivos:

   - Aumentar a acurácia diagnóstica com um protocolo de informações complementares à ficha de notificação do Sinan que facilite a confirmação/investigação do caso;
   - Intensificar a investigação epidemiológica com a realização de exame dermatoneurológicos de todos os contatos intradomiciliares de todo caso novo de hanseníase detectado na faixa etária de 0 a 14 anos;
   - Identificar as áreas onde as populações estão mais expostas a fontes de contágio concentradas, para uma atuação mais ostensiva visando a identificar e tratar casos, diminuindo a prevalência oculta e rompendo a cadeia de transmissão da doença.

4. Diante do exposto, a o Programa Nacional de Controle da Hanseníase/Devep/SVS, propõe o seguinte fluxo (Fluxograma – anexo 1) para todas as investigações de casos de hanseníase em menores de 15 anos:

   - Que as Unidades de Saúde dos municípios, diante de um caso suspeito, preencham o "Protocolo Complementar de Investigação Diagnóstica de Casos de Hanseníase em Menores de 15 Anos" – PCID - <15 (anexo 2) e, se confirmado o caso, remeta este protocolo para a Secretaria Municipal de Saúde com a da ficha de notificação do Sinan, anexando cópia no prontuário do paciente;
   - Que as Secretarias Municipais de Saúde – SMS, mediante a análise do PCID <15, encaminhados pelas Unidades de Saúde, avaliem a necessidade de promover a validação do caso ou de referenciá-lo para serviços com profissionais mais experientes, referências regionais/estaduais, para confirmação do diagnóstico;
   - Que as Secretarias Estaduais de Saúde - SES, através das Coordenações Estaduais do Programa de Controle de Hanseníase, ao identificarem o caso no sistema de informação, confirmem com as SMS ou Regionais de Saúde correspondentes, o preenchimento do PCID <15, ou solicitem cópia do mesmo, quando necessário, para avaliarem a necessidade de confirmação diagnóstica.

- O Ministério da Saúde, por intermédio da Coordenação do Programa Nacional de Controle da Hanseníase - PNCH, ao identificar o caso no sistema de informação, confirmará com as respectivas SES o preenchimento do protocolo, ou solicitará cópia do mesmo, quando necessário, para avaliar a necessidade de validação do caso.

5. Considerando ainda que, nos casos dessa faixa etária, o contexto familiar é de grande importância na vigilância epidemiológica da doença, preconiza-se à investigação de todos os contatos intradomiciliares, através do exame dermatoneurológicos para a identificação da fontes de contágio, além de medidas que visem a corrigir o sub-registro dos dados relativos ao de exame de contatos, no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan.

6. No sentido de ampliar a abrangência das medidas de vigilância, outras ações devem ser priorizadas como as de divulgação dos sinais e sintomas e cura da hanseníase nas escolas, creches e outros locais onde as crianças passam parte do tempo, além do seu núcleo familiar.

7. Lembramos que o **"Protocolo Complementar de Investigação Diagnóstica de Casos de Hanseníase em Menores de 15 Anos"** não substitui e, sim, complementa a ficha de notificação do Sinan, que deverá ser preenchida seguindo as normas já estabelecidas.

Brasília, 03 de novembro de 2008.

Maria Leide W. de Oliveira
Coordenadora do Programa Nacional de Controle da Hanseníase – PNCH

Eduardo Hage Carmo
Diretor do Departamento de Vigilância Epidemiológica

Gerson Penna
Secretário de Vigilância em Saúde

OBSERVAÇÃO: neste relatório, a Nota Técnica nº 14 está sendo publicada sem o anexo existente no original, que está disponível no portal eletrônico do Ministério da Saúde, na página da Secretaria de Vigilância em Saúde: http://www.saude.gov.br/svs.

Disque Saúde
0800 61 1997

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs

Secretaria de Vigilância em Saúde
www.saude.gov.br/svs

SUS 20 Sistema Único de Saúde

Secretaria de Vigilância em Saúde

Ministério da Saúde

BRASIL UM PAÍS DE TODOS GOVERNO FEDERAL