



Organização Pan-Americana da Saúde
Repartição Sanitária Pan-Americana, Escritório Regional da
Organização Mundial da Saúde

OPS/DPC/CD/297/04
Original: Português

Monitoramento da Eliminação da Hanseníase (LEM):



Manual dos monitores do LEM Multicêntrico Brasil 2003

Adaptação do original *Leprosy Elimination Monitoring - (LEM)*
Guidelines for monitors 2000 (WHO/CDS/CPE/2000.17)

Eliane Ignotti, UNEMAT
Felicien Gonçalves Vásquez, FUAM
Marcos Virmond, ILSL
Megumi Sadahiro, FUAM
Tadiana M. Moreira, SESRJ
Valderiza Lourenço Pedrosa, FUAM
Vera Andrade, OPAS/OMS Brasil

04 Julho 2003



Conteúdo

Introdução	2
Histórico.....	2
Objetivo do LEM.....	3
Uma visão geral.....	4
Conteúdo do manual.....	4
O que monitorar	4
Quadro geral dos indicadores-chave.....	5
Grupo I: Indicadores de eliminação.....	6
<i>Grupo I.1. Atividades de detecção de casos</i>	6
<i>Grupo I.2. Prevalência</i>	8
<i>Grupo I.3. Detecção</i>	9
Grupo II: Indicadores de integração.....	9
<i>Grupo II.1. Proporção de unidades de saúde que fornecem PQT</i>	10
<i>Grupo II.2. Acessibilidade à PQT</i>	11
<i>Grupo II.3. Disponibilidade de drogas da PQT</i>	12
Grupo III: Qualidade dos serviços de PQT.....	12
<i>Grupo III.1. Proporção de pacientes tratados com PQT</i>	13
<i>Grupo III.2. Adesão ao tratamento</i>	14
<i>Grupo III.3. Qualidade dos blister</i>	15
Como monitorar	15
Delineamento de um exercício de monitorização.....	15
<i>Passos a serem seguidos pelo monitor LEM</i>	15
<i>Qualificação dos monitores LEM</i>	16
<i>Inventário de fontes de dados</i>	16
<i>Definindo o tamanho da amostra</i>	16
<i>Selecionando as unidades amostrais</i>	17
Planejando e executando o estudo.....	19
<i>Planejando o monitoramento para o LEM Multicêntrico</i>	19
<i>Requisitos</i>	19
<i>Preparação da visita de campo</i>	19
<i>Coleta de dados no campo</i>	20
Análise e relatório.....	20
Anexo I: Tabela de formulários	20
Anexo II: Monitores LEM Brasil 2003	33



Introdução

Histórico

A poliquimioterapia (PQT) é reconhecida como um dos maiores avanços tecnológicos no controle da hanseníase. Ela permite ao controle da hanseníase um enorme impacto na doença e na prevalência e, conseqüentemente, no problema e na carga de trabalho que ela consome. Este impacto permitiu a introdução do conceito de eliminar a hanseníase como um problema de saúde pública dentro da expectativa de que, abaixo de um determinado nível de prevalência, a transmissão da doença será parcial ou totalmente interrompida.

Estratégias para o controle da hanseníase baseados na PQT, somadas a resolução da 44^a Assembléia Mundial da Saúde em 1991 de eliminar a hanseníase como problema de saúde pública serviram para motivar uma maior prioridade à hanseníase pelos governos e para fortalecer o compromisso político com a eliminação da hanseníase. O custo-benefício da PQT e seu impacto no controle da doença, tem resultado em um aumento nos recursos para as atividades de controle da hanseníase, incluindo os provenientes de agências bilaterais e internacionais, assim como das ONGs nacionais e internacionais, nos países em que a hanseníase é problema de saúde pública.

Embora seja relativamente fácil monitorar a prevalência da hanseníase, suas características epidemiológicas têm tornado a avaliação da tendência da transmissão da doença extremamente difícil. A impressão geral entre os *experts* é que o padrão epidemiológico da doença tem mudado consideravelmente nas últimas décadas. Esta mudança é refletida pelo perfil clínico dos casos novos detectados: aumento na proporção de pacientes diagnosticados com poucas lesões, variação na proporção de MB e uma diminuição dos casos com incapacidades irreversíveis (Grau 2). Adicionalmente, há uma visível mudança no prognóstico da doença durante o tratamento e redução significativa no risco de desenvolver incapacidades. Todas estas mudanças poderiam ser explicadas por uma combinação de fatores, como por exemplo, a tendência histórica da doença, o impacto das intervenções, a eficácia da quimioterapia e o papel dos serviços de saúde aprimorados.

O impacto mais óbvio da PQT é a redução no risco de uma pessoa infectada transmitir a doença para outras pessoas. Acredita-se que uma única dose de PQT mata uma quantidade de bacilos suficiente para tornar pacientes PB e MB não infectantes. Acredita-se também que o controle da hanseníase, baseado na PQT, melhorou a efetividade da detecção de casos novos, dando uma visão mais clara do problema geral da hanseníase. O uso de procedimentos padronizados e testados para corrigir taxas de detecção (de acordo com a cobertura do programa), a duração do programa, os indicadores indiretos (proporção de casos com incapacidades entre os casos novos), a padronização de acordo com idade e sexo e a análise geral de coorte, dariam valiosa informação na avaliação do nível de transmissão da doença na comunidade.

Em muitos programas, a implementação da PQT tem melhorado a qualidade de detecção de casos e adesão ao tratamento por melhorar a conscientização da comunidade e por aumentar a confiança do paciente no serviço de saúde. Porém, a cobertura geográfica de serviços de PQT ainda é muito baixa e muitos casos são diagnosticados tardiamente ou mesmo não são diagnosticados. O intervalo entre o surgimento da doença e diagnóstico ainda não é o ideal em muitos países endêmicos, aumentando o risco de transmissão e de surgimento de incapacidades.



Objetivo do LEM

A avaliação de intervenções torna-se particularmente importante quando se toma em conta a meta de eliminação da hanseníase. O objetivo de monitorar é auxiliar aqueles que tomam as decisões e os gerentes de programas em avaliarem os progressos em direção à eliminação, a fazerem planos de ação, implementá-los e medirem seu impacto. Monitorando um pequeno número de indicadores que descrevem os serviços de PQT serve bem a este propósito.

A seleção dos indicadores a serem monitorados deve ser cuidadosa, levando-se em conta a característica epidemiológica da hanseníase e o grande número de lacunas no entendimento da doença. A incidência é o indicador mais relevante, porém, pode ser o mais difícil deles. A prevalência sofre variações consideráveis dependendo da carga endêmica e de componentes operacionais de intervenções. A incidência de incapacidades e os casos MB na comunidade poderiam ser muito úteis para avaliar a situação da Hanseníase. A distribuição desigual da Hanseníase, assim como o papel de vários fatores locais merecem atenção ao extrapolar os resultados de um local para outro.

Os métodos de monitoramento devem ser rápidos, efetivos e ter custo-benefício. Um sistema rotineiro de informações é o principal e essencial componente em monitoramento da situação da hanseníase. Necessita ser voltado para o interesse do programa, simples e rápido. Um número muito grande de indicadores colocados no fluxo rotineiro de informações causará um certo bloqueio. Por isto alguns dos indicadores deste grupo de "indicadores selecionados" não podem ser coletados do sistema de rotina. Um exercício de monitoramento que complementa os sistema rotineiro de informações é necessário para mediar aspectos específicos dos programas de eliminação da hanseníase e métodos para reavaliar os programas de eliminação. As técnicas para coleta dos indicadores serão implementadas de forma padronizada pelos monitores em colaboração com programas nacionais e OMS. Os monitores irão coletar informações que complementam aquelas do sistema rotineiro de informações com vistas a aspectos específicos tais como informações mais detalhadas das tendências de transmissão, taxa de cura, impacto das intervenções e mudanças no perfil da doença. Cada vez é mais importante diferenciar áreas onde substancial número de casos antigos é incluindo nos casos novos detectados de áreas onde os casos novos são, na sua maioria, constituídos por casos de lesão única. Informações sobre o número de lesões por caso, detecção específica por sexo e idade e a demora entre o início da doença e o diagnóstico auxiliarão numa melhor descrição de indicadores usados para monitorar a eliminação da hanseníase.

Também é igualmente importante validar os indicadores-chave, tais como prevalência e detecção, principalmente pela aplicação de definições aceitas internacionalmente. Sempre que possível, análise de tendência dos últimos 5 anos será utilizada para avaliar o impacto das atividades de eliminação da hanseníase.

Além de todos estes aspectos técnicos do LEM, experiências anteriores mostraram que o exercício exerce um efeito altamente positivo nos agentes de saúde e nos gerentes de programa, que ficam motivados pelas discussões sobre a situação epidemiológica e clínica de suas áreas.



Uma visão geral

Os indicadores coletados durante o LEM estão bem padronizados, têm sido usados durante vários anos em muitos países e são bem conhecidos pelos gerentes de programa. Todas as informações necessárias devem ser coletadas dos prontuários de pacientes, registros de Hanseníase, relatórios, cartões de controle em unidades de saúde selecionadas assim como por entrevistas com pacientes. As unidades selecionadas devem refletir a situação que prevalece em determinada área geográfica ou administrativa, em determinado momento.

Desta forma, a seleção da amostra e seu tamanho serão essenciais para extrapolação dos resultados. O monitoramento terá que ser repetido para avaliar o impacto de intervenções e as mudanças ao longo do tempo. Estes estudos serão conduzidos por monitores independentes, responsáveis por visitar as unidades selecionadas.

O monitoramento deve ter tempo limitado e o ciclo completo (do desenho ao relatório) não deve ultrapassar mais de três meses. As unidades selecionadas devem ser informadas previamente da visita do monitor de forma a terem tempo suficiente para convidarem os pacientes para a fase do exercício de entrevistas.

Os indicadores e a metodologia descrita neste documento serão atualizadas/revisadas como e quando necessário.

Conteúdo do manual

O manual apresenta duas seções.

1. A primeira explica o que deve ser monitorado pelo LEM.
2. A segunda seção descreve como monitorar.

Os anexos oferecem os formulários para coleta de informações que também auxiliarão no entendimento dos detalhes das informações a serem coletadas.

O que monitorar

Esta seção descreve os procedimentos para medir os três grupos de indicadores. Após uma breve introdução, os pré-requisitos e os detalhes para o cálculo de cada indicador são apresentados para cada grupo e apresenta-se um exemplo de como o indicador pode ser interpretado. Os formulários no anexo auxiliarão no melhor entendimento dos indicadores.



Quadro geral dos indicadores-chave

Grupo de indicador	Indicadores-chave
Grupo I	
Indicadores de eliminação Validade interna de informação sobre prevalência e detecção (bruta e específica) e análise de tendência. Serão baseados na análise de informações existentes e revisão/atualização dos registros de hanseníase	
2. Detecção: número absoluto e taxa	1. Atividades de detecção de casos
2.1 Tendência da detecção nos últimos 5 anos	1.1 Proporção de casos novos com incapacidades
2.2 Tendência da detecção de casos MB	1.2 Demora média do diagnóstico
2.3 Tendência da detecção em menores de 15 anos	1.3 Proporção de crianças entre os casos novos (ou detecção específica por idade)
	1.4 Proporção de casos MB entre os casos novos
	1.5 Proporção de lesão única entre os casos novos
	1.6 Proporção de mulheres entre os casos novos (ou detecção específica por sexo)
	2. Prevalência: número absoluto e taxa
	2.1 Prevalência informada
	2.2 Prevalência após aplicação da definição padronizada pela OMS (sem os abandonos).
	2.3 Tendência da prevalência nos últimos 5 anos.
	3. Tendência de detecção: números absolutos e taxas
	3.1 Tendência da detecção nos últimos 5 anos
	3.2 Tendência da detecção de casos MB
	3.3 Tendência da detecção em crianças
Grupo II.	
Integração dos serviços de PQT no sistema geral de saúde	1. Proporção de unidades de saúde que fornecem PQT
Disponibilidade de <i>blisters</i> de PQT e cobertura geográfica de serviços de PQT. Serão baseados em um estudo transversal em unidades de saúde aleatoriamente selecionadas e entrevistas com pacientes.	2. Acessibilidade à PQT
	2.1 Distância média
	2.2 Custo estimado para os pacientes
	2.3 Flexibilidade no fornecimento de PQT
	3. Disponibilidade de drogas da PQT
Grupo III.	
Qualidade dos serviços de PQT	1. Proporção de pacientes tratados com PQT
Diagnóstico, adesão ao tratamento e informações. Será feito através de uma revisão de prontuários, registros de hanseníase e entrevista com pacientes e profissionais de saúde. A qualidade dos	2. Adesão ao tratamento
	2.1 Taxa de cura
	2.2 Taxa de abandono
	2.3 Proporção de pacientes que continuam o tratamento após completar as doses padrão de PQT



Monitorização da Eliminação da Hanseníase (LEM) Multicêntrico do Brasil - 2003
serviços de PQT serão baseadas em análise de cortes de coortes

3. Qualidade dos blisters de PQT

Grupo I: Indicadores de eliminação

Grupo I.1. Atividades de detecção de casos

Validade interna das informações sobre prevalência e detecção (bruta e específica) e hanseníase em análises de tendências. Serão baseados nas informações disponíveis e pela revisão/atualização dos registros de nível estadual e municipal.

Objetivo	Avaliar a efetividade das atividades de detecção de casos
Definição	<p>As atividades de detecção serão avaliadas por um conjunto de 6 indicadores, que descrevem a situação de uma amostra de pacientes <u>diagnosticados durante um ano específico</u>. O LEM Multicêntrico Brasil 2003 analisará os casos detectados durante o ano de 2002.</p> <p>Proporção de casos novos detectados com grau 2 de incapacidade :</p> <p>É o número de casos novos incluídos na amostra diagnosticados com grau 2 de incapacidades (veja definição abaixo) dividido pelo número total de casos novos detectados <u>que tiveram o grau de incapacidade registrado</u>. (tamanho mínimo da amostra:100)</p> <p>1. Tempo médio entre o início da doença e o diagnóstico.</p> <p>Baseado em prontuários e/ou entrevistas em uma amostra de pacientes. É o tempo médio (em meses) entre o aparecimento dos primeiros sintomas e a data do diagnóstico. (Tamanho mínimo da amostra: 50)</p> <p>2. Proporção de crianças (detecção específica por idade)</p> <p>número de casos novos com menos de 15 anos dividido pelo número de casos <u>novos que tiveram a idade anotada</u>.</p> <p>3. Proporção de casos MB</p> <p>Classificação clínica: número de casos novos diagnosticados como MB dividido pelo número de casos novos detectados <u>que tiveram a classificação clínica anotada</u>. (Tamanho mínimo da amostra: 100)</p> <p>4. Proporção de lesões únicas</p> <p>Número de casos novos diagnosticados apresentando lesão única no momento do diagnóstico dividido pelo número de casos novos detectados e <u>que têm o número de lesões e/ou classificação de MB/PB/LU foi registrado</u>. anotado.</p> <p>5. Proporção de mulheres (detecção específica por sexo)</p> <p>O número de casos novos femininos diagnosticados dividido pelo número de casos novos detectados <u>para o quais o gênero foi anotado</u>.</p>
Pré-requisitos	Para o Tempo médio entre o início da doença e o diagnóstico , caso o paciente não recorde a data do diagnóstico, verifique a data nos prontuários e registros de casos de Hanseníase, sempre que possível.
Interpretação	Este conjunto de indicadores dará algumas indicações sobre a qualidade e demora do diagnóstico. Não se pretende dar informações epidemiológicas (taxa de detecção, taxa de incidência, intensidade da transmissão).
Dificuldades e erros potenciais	Talvez seja difícil coletar informações em programas que possuem um sistema de informações precário. Considerando-se que o tamanho da amostra requerida é significativo, os monitores poderão ter que coletar dados em vários locais.



Organização Pan-Americana da Saúde
Repartição Sanitária Pan-Americana, Escritório Regional da
Organização Mundial da Saúde

Monitorização da Eliminação da Hanseníase (LEM) Multicêntrico do Brasil - 2003

Definições de Grau de Incapacidade 0 1 2

Mãos e pés

Grau 0	Sem anestesia, sem deformidade ou dano visível
Grau 1	Anestesia mas sem deformidade ou dano visível
Grau 2	Deformidade visível e dano presente

Olhos

Grau 0	Sem problema ocular devido à hanseníase; sem evidência de perda visual
Grau 1	Presença de problema ocular devido à hanseníase mas visão não gravemente afetada (visão 6/60 ou melhor; consegue contar dedos à seis metros).
Grau 2	Grave comprometimento visual (visão pior que 6/60; incapacidade de contar dedos à 6 metros), lagoftalmos, iridociclites e opacidade da córnea.



Grupo I.2. Prevalência

Objetivo

Medir o progresso em direção a eliminação da hanseníase no nível nacional e estadual (formulário 1)

Embora a definição de prevalência seja bem conhecida, muitos gerentes de programa estão utilizando definições diferentes, mesmo dentro de um mesmo país. Isto torna as comparações difíceis de serem feitas. Os monitores terão que se reportar às informações como foram anotadas pelos programas. Os principais problemas são as definições de caso de hanseníase, a definição de caso de abandono e a definição de cura. Para efeito deste estudo, os monitores adotarão as seguintes definições:

Calculo do indicador de prevalência num determinado ponto do tempo

Definição

Um caso de hanseníase é uma pessoa apresentando sinais clínicos de hanseníase (com ou sem exame baciloscópico) que ainda necessita completar o esquema de tratamento. Um paciente que já completou o esquema de duração fixa de PQT (6 doses para PB e 12 doses para MB) está **curado**.¹ e não devem ser incluídos no N° de casos registrados para tratamento em 2002 (form.1).

Um paciente que não compareceu para receber tratamento por mais de 12 meses consecutivos, é um caso de **abandono** e deve ser removido da prevalência.²

Os monitores deverão coletar informações sobre os 3 seguintes indicadores de prevalência:

- 2.1 Prevalência registrada
- 2.2 Prevalência após aplicação da definição padronizada pela OMS
- 2.3 Tendência da prevalência nos últimos 5 anos

Pré-requisitos:

Verificar registros de hanseníase na Coordenação estadual

Dificuldades e erros em potencial

A maior dificuldade pode ser coletar algumas informação (ex. n° de pacientes com lesão única) para os últimos 5 anos.

¹ Esta definição pode ser aplicada independente do tempo levado para completar o esquema.

² Tal situação deve ser evitada por medidas adequadas.



Organização Pan-Americana da Saúde
Repartição Sanitária Pan-Americana, Escritório Regional da
Organização Mundial da Saúde

Monitorização da Eliminação da Hanseníase (LEM) Multicêntrico do Brasil - 2003

Grupo I.3. Detecção

Objetivo	Avalia as mudanças na situação da hanseníase ao longo do tempo (form. 2)
Definição	<p>Os monitores deverão coletar informações sobre os seguintes 3 indicadores de detecção no nível estadual e local (unidade sanitária) (ano 2002).</p> <p>3.1 Tendência da detecção nos últimos 5 anos 3.2 Tendência de detecção de casos MB 3.3 Tendência de detecção de crianças</p> <p>O 5º formulário com informações da detecção por idade, sexo, classificação e grau de incapacidade, para o ano de 2002 deverá ser preenchida para todas as Unidades Sanitárias visitadas.</p>
Pré-requisitos	Compilar relatório estaduais (form.2) e verificando os registros de hanseníase nas unidades de saúde (form.5) e discutir com o gerente do programa.
Cálculo	Todos os dados podem ser anotados no 2º formulário para o nível estadual e no 5º para a Unidade Sanitária, dados semelhantes foram solicitados ao gestor municipal pela OPAS/Brasil.
Dificuldades e erros em potencial	A maior dificuldade pode ser coletar algumas informação (ex. nº de pacientes com lesão única) para os últimos 5 anos.

Grupo II. Indicadores de integração

A disponibilidade de *blisters* de PQT e cobertura geográfica dos serviços de PQT. Será baseado num estudo transversal em unidades de saúde aleatoriamente selecionadas e entrevistas com pacientes.

“Serviços de PQT” referem-se a um conjunto amplo de atividades que incluem: diagnóstico de caso, classificação, prescrição do tratamento, fornecimento de PQT, adesão ao tratamento, cura dos pacientes e aconselhamento. Aspectos quantitativos dos serviços de PQT podem ser monitorados através destes indicadores (veja Grupo III).



Grupo II.1. Proporção de unidades de saúde que fornecem PQT

Objetivo	Estimar a cobertura geográfica dos serviços de PQT (4º formulário)
Definição	Proporção de unidades de saúde com serviços de PQT disponíveis dentre todas as unidades de saúde existentes de área determinada. Definição de unidade de saúde deve ser discutida previamente com autoridades de saúde dentro do contexto do plano de integração.
Pré-requisitos	a) Obter das autoridades estaduais e municipais listas de todas as unidades de saúde existentes e daquelas que fornecem PQT. b) Visitar um grupo de unidades de saúde para verificar se elas dispõem ou não de um estoque de PQT.
Cálculos	a) Proporção calculada pela divisão do número de unidades de saúde que têm estoques de PQT pelo número total de unidades de saúde da área. b) Proporção calculada pela divisão do número de unidades de saúde que têm estoques de PQT pelo número total de unidades de saúde visitadas.
Exemplo	a) Baseado em informações administrativas, 20 dos 200 centros de saúde existentes (10%) tinham estoques de PQT no distrito de Bamako, Mali. b) De 5 centros de saúde, apenas 4 dispunham de estoques de PQT (80%) quando visitadas pelos monitores.
Interpretação	Uma baixa cobertura geográfica pode ser devida a uma combinação de fatores, tais como: uma diretriz nacional de distribuir PQT apenas a centros especializados; falta de PQT e pessoal; um processo lento de integração.
Dificuldades e erros potenciais	Os dados coletados das autoridades podem estar desatualizados. Alguns serviços de PQT, tais como projetos de ONGs ou clínicas de PQT organizadas pelo nível regional podem não estar incluídas no cálculo. Uma das maiores dificuldades seria a não disponibilidade de PQT em alguns centros de saúde devido à inexistência de pacientes de Hanseníase registrados no serviço. Os monitores terão que analisar a situação cuidadosamente para obter uma estimativa precisa da cobertura geográfica.



Grupo II.2. Acessibilidade à PQT

Objetivo	Avaliar se os pacientes têm fácil acesso (geográfico, financeiro e técnico) aos serviços de PQT.
-----------------	--

Definição	<p>A acessibilidade será estimada através de um grupo de 3 indicadores coletados em uma amostra de pacientes <i>diagnosticados e tratados durante o ano</i>.</p> <p>2.1 Distância média para pegar a dose mensal de PQT(9º formulário) Baseado nos prontuários e/ou entrevistas com uma amostra de pacientes. É a distância média (em quilômetros) que os pacientes necessitam viajar (Tamanho mínimo da amostra: 50).</p> <p>2.2 Custo estimado para os pacientes (9º formulário) Baseado em entrevistas com amostra de pacientes, averiguar se existe algum custo para os mesmos.</p> <p>2.3 Flexibilidade no fornecimento de PQT(9º e 10º formulários)</p> <p>Baseado em discussões com os pacientes, os monitores se certificarão se o centro de saúde:</p> <ul style="list-style-type: none">• fornece tratamento apenas em um dia fixo do mês ou em vários dias do mês (número específico de dias);• oferece mais de um mês de tratamento para o paciente se ele solicita;• pode lidar com as complicações;• é um centro especializado ou integrado;• estoca e utiliza corticoesteróides.
------------------	---

Dificuldades e erros potenciais	Ao analisar as informações coletadas nas entrevistas com pacientes, deve-se levar em conta que existe um erro intrínseco relacionado com aqueles casos que têm acesso mais fácil aos centros de saúde.
--	--



Grupo II.3. Disponibilidade de drogas da PQT

Objetivo Identificar excesso ou deficiência de estoque de PQT nas unidades de saúde (8º formulário)

Definição	É a disponibilidade de <i>blister</i> de PQT no momento da visita, expressa em termos de suprimento mensal, para o número de casos existentes.
Pré-requisitos	Verificar o estoque de PQT e/ou relatórios de estoques, retirando as drogas com validade vencida.
Cálculos	Disponibilidade de <i>blisters</i> em meses é o número de <i>blisters</i> de cada categoria em estoque, dividido pelo número de casos registrados em cada categoria.
Exemplo	Veja o 8º formulário
Interpretação	O cálculo básico descrito acima estima a disponibilidade de estoque em meses para o número <u>atual</u> de casos. Substituindo estes números pelos casos <u>previstos</u> , torna-se possível indicar a disponibilidade de estoque em meses, se os casos aumentarem ou diminuirão. A disponibilidade <u>real</u> do estoque em meses estará entre estes dois valores. Um princípio básico é o de se manter um estoque mínimo de PQT para três meses em todos os níveis.

Grupo III: Qualidade dos serviços de PQT

Diagnóstico, adesão ao tratamento e informação. Serão baseados na revisão dos prontuários individuais de pacientes, registros de hanseníase e entrevistas com pacientes e profissionais dos serviços de saúde. A qualidade dos serviços de PQT será revisada com base em análise de corte.

Serviços de PQT se referem a um amplo conjunto de atividades, incluindo diagnóstico de caso, classificação, prescrição de tratamento, fornecimento de PQT, adesão ao tratamento, cura do paciente e aconselhamento, algumas destas atividades serão monitoradas pelos indicadores do Grupo II.



Organização Pan-Americana da Saúde
Repartição Sanitária Pan-Americana, Escritório Regional da
Organização Mundial da Saúde

Monitorização da Eliminação da Hanseníase (LEM) Multicêntrico do Brasil - 2003

Grupo III.1. Proporção de pacientes tratados com PQT

Objetivo	Medir o fornecimento de PQT aos pacientes de hanseníase (4º e 7º formulários).
Definição	Proporção de pacientes de Hanseníase tratados com PQT dentre todos os pacientes registrados para tratamento em um <u>determinado ponto no tempo</u> .
Pré-requisitos	Verificar registros de tratamento, prontuários e a necessidade de aplicar definições padronizadas. O denominador deve ser 200 ou mais para que tenha algum sentido.
Cálculo	Proporção calculada pela divisão do número de pacientes registrados em tratamento com PQT pelo número total de pacientes registrados para tratamento no momento da visita. Se a amostra de unidades de saúde for representativa, este indicador pode ser utilizado como limite de confiança para todo o estado.



Monitorização da Eliminação da Hanseníase (LEM) Multicêntrico do Brasil - 2003

Grupo III.2. Adesão ao tratamento

A PQT com duração fixa deve curar os pacientes de hanseníase num período relativamente curto. É essencial obter-se informações confiáveis sobre os resultados deste tratamento. O papel dos monitores será de coletar os dados para avaliar os indicadores de resultado de tratamento através da análise de coorte de uma amostra de casos.

Objetivo	Medir os resultados das atividades de adesão ao tratamento (6º formulário)
Definição	O resultado do tratamento será avaliado através de um grupo de 3 indicadores que podem ser coletados pela análise de coorte dos pacientes que iniciaram tratamento durante determinado ano.
Indicadores	<p>Taxa de cura: proporção de pacientes curados O número de pacientes curados dividido pelo número de pacientes previstos para serem curados na mesma coorte (PB e MB).</p> <p>Taxa de abandono O número de pacientes que não tomaram tratamento por 12 meses consecutivos dividido pelo número de pacientes previstos de serem curados na mesma coorte (MB e PB).</p> <p>Proporção de pacientes que continuam o tratamento após terem completado o tratamento. O número de pacientes que continuaram o tratamento depois de completar a PQT de duração fixa, 6 doses para PB e 12 doses para MB, dividido pelo número de pacientes <u>previstos de terem sido curados</u>.</p>
Pré-requisitos	Verificar os registros de tratamento e prontuários. Os monitores terão que coletar informações sobre: <ul style="list-style-type: none">• Coorte de pacientes MB, definidos como pacientes que iniciaram PQT-MB 18 meses antes da data do estudo ou da visita do monitor;• Coorte de pacientes PB, definidos como pacientes que iniciaram PQT-PB 12 meses³ antes da data do estudo ou da visita do monitor. O tamanho de cada coorte deve ser, no mínimo, 100. Para cada paciente pertencendo à determinada coorte, o monitor anotará o <i>status</i> do paciente após 18 meses (MB) ou 12 meses (PB): curado, abandono, ainda em tratamento ou outro. Então, os 3 indicadores serão calculados usando como denominador o <u>número total de pacientes (PB ou MB) incluídos em cada coorte</u> .
Exemplo	No Nepal, o resultado do tratamento de uma coorte MB de 1999 foi: 57% de curado, 17% com tratamento continuado, 8% de abandono e 18% em outras situações. Para o ano 2000 a coorte PB foi: 78% de curados, 3% com tratamento continuado, 4% de abandono e 15% em outras situações.
Interpretação	Este grupo de indicadores é muito útil para avaliar a performance do programa e o uso apropriado de PQT. Auxilia também a estimar melhor as necessidades de drogas nos diferentes níveis.
Dificuldades e erros potenciais	Poderá ser difícil coletar informações em programas com um sistema de informações precário. O processo de coletar dados de muitos registros ou prontuários de pacientes pode requerer muito tempo.

³ Para facilitar, especialmente na identificação de casos de abandono, recomenda-se utilizar 12 meses em vez de 9, que é tempo "máxima" para curar um caso PB.



Grupo III.3. Qualidade dos *blister*

Objetivo	Identificar problemas potenciais no gerenciamento do suprimento de drogas (8º formulário)
Definição	Proporção de <i>blister</i> em condições físicas aceitáveis em um total de <i>blisters</i> examinados pelo monitor.
Pré-requisitos	Exame dos <i>blister</i> disponíveis para verificar a data de validade, estado da caixa e dos <i>blisters</i> e aspecto das drogas (especialmente a clofazimina).
Exemplo	Em uma determinada unidade de saúde, 95% dos <i>blisters</i> apresentavam qualidade aceitável.
Interpretação	Uma baixa qualidade indicará falha no fornecimento, transporte e/ou armazenamento das drogas. Neste caso, o monitor coletará alguns <i>blisters</i> com problema e os enviará para a OMS para testes.

Como monitorar

Delineamento de um exercício de monitorização

O delineamento do estudo irá depender de muitos fatores incluindo seus objetivos específicos, vários componentes do programa nacional, da infra-estrutura de saúde do país, do sistema de saúde e do tamanho da população e do país. Serão discutidos a seguir apenas os aspectos práticos uma vez que seria impossível indicar sugestões detalhadas de aplicação universal. O mais importante é o tamanho e a definição da amostra. A maioria das sugestões neste documento estão baseadas no manual original da OMS. Para a definição da amostra adotou-se a recomendada pela OMS e partir de discussões com consultores da OPAS/OMS e profissionais dos Centros Colaboradores Alfredo da Mata e Instituto Lauro de Sousa Lima desenhou-se a amostra para as Capitais do país e unidades sanitárias.

Passos a serem seguidos pelo monitor LEM

Para que os resultados produzidos sejam confiáveis e comparáveis com outros estudos de outros países, os indicadores devem ser medidos de forma padronizada. A lista que segue resume a seqüência de passos a serem seguidos pelos monitores em colaboração com a coordenação do exercício. Deve-se:

- X Ter clareza dos objetivos do monitoramento;
- X Estar habilitado para discutir métodos para medir os indicadores;
- X Conhecer o método de seleção da amostra de serviços de saúde;
- X Implementar o trabalho de campo;
- X Coletar registrar os dados para os indicadores; e
- X Elaborar diário de campo.



Organização Pan-Americana da Saúde
Repartição Sanitária Pan-Americana, Escritório Regional da
Organização Mundial da Saúde

Monitorização da Eliminação da Hanseníase (LEM) Multicêntrico do Brasil - 2003

Qualificação dos monitores LEM

Os monitores devem ter alguma formação em saúde pública e controle de Hanseníase, preferencialmente devem ter fluência na língua da área ou região na qual irão trabalhar. Devem ser independentes do programa nacional para atuarem de forma objetiva e construtiva ao avaliarem a situação da hanseníase no país.

Inventário de fontes de dados

Considerando-se que o monitoramento será apenas retrospectivo, o passo mais importante é identificar em que níveis se encontram os dados necessários. Na maioria dos estados dos dados sobre hanseníase podem ser encontrados nos seguintes fontes:

- para paciente: prontuários individuais, exame e entrevista com pacientes
- profissionais de saúde: entrevistas
- sobre o tratamento: este irá variar de um município ao outro (centros de saúde, clínicas de hanseníase, instituições especializadas, hospitais municipais).
- gerenciamento: registros de hanseníase e relatórios são geralmente mantidos no município, no nível estadual/regional ou no nível nacional

Quando os dados ou informações não estiverem disponíveis é importante anotar ND (não disponível).

Definindo o tamanho da amostra

Entende-se que a unidade amostral para este estudo será paciente de hanseníase. Como discutido anteriormente, sugere-se coletar informações de pelo menos:

- ◆ 200 prontuários de pacientes para os indicadores de prevalência e atividades de detecção;
- ◆ 200 pacientes selecionados dos registros de tratamento ou dos prontuários para acessibilidade à PQT e adesão ao tratamento (100PB e 100MB);
- ◆ Entrevista de 50 pacientes para a demora de diagnóstico e acessibilidade à PQT;
- ◆ Entrevistas a profissionais de saúde sobre a qualidade da assistência;
- ◆ Todos os relatórios estaduais de tendências dos últimos 5 anos.

No Estado, quando possível, a primeira visita deverá ser feita à coordenação estadual para envolvê-lo nos exercícios, verificarem se a seleção amostral dos municípios está adequada aos registros existentes na coordenação e coletar os dados necessários de detecção e prevalência.

Não haverá troca de municípios. Quando extremamente necessário, substituições poderão ser feitas, a partir de sorteio aleatório e ou proximidade com os municípios já selecionados.

As visitas devem ser iniciadas nos municípios amostrados e posteriormente a capital.



Organização Pan-Americana da Saúde
Repartição Sanitária Pan-Americana, Escritório Regional da
Organização Mundial da Saúde

Monitorização da Eliminação da Hanseníase (LEM) Multicêntrico do Brasil - 2003

Selecionando as unidades amostrais

Esta é a etapa mais difícil e requereu preparação e discussão. Para esse LEM multicêntrico no Brasil, adotou-se o seguinte método:

- como unidade amostral o conjunto de pacientes de hanseníase.

Para a seleção da amostra foi usado como unidade amostral pacientes novos no ano 2002. Os casos novos de 2001 serão para a construção das coortes de MB e PB.

- a amostra de municípios é estratificada e aleatória.

Foram excluídas as Capitais e municípios com menos de 10 casos novos nos anos de 2001 e 2002 (exceto para a Região Sul).

No mínimo 3 municípios foram sorteados aleatoriamente para cada um dos estados até completar a amostra de 200 casos novos (100 MB e 100 PB).

A capital dos estados foram incluídas obrigatoriamente, acrescentando-se 50 casos para cada capital, que é o valor mínimo para garantir a normalidade dos dados.

Ficou estabelecido como 200 o número mínimo de prontuários a serem examinados e 50 pacientes em tratamento a serem entrevistados em cada estado.

Seleção das Unidades de Saúde

Foi solicitado o total de Unidades de Saúde em cada Município para os Coordenadores Estaduais e de posse desta informação, estabeleceu-se um número mínimo de Unidades a serem sorteadas.

Utilizou-se para o sorteio uma tabela de números aleatórios, onde foram sorteadas as Unidade de Saúde que farão parte da amostra, em seguida estratificou-se o total da amostra proporcionalmente ao total de pacientes para cada esquema terapêutico nas Unidade de Saúde sorteadas.

Seleção dos Prontuários para cada Unidade de Saúde

Cada Monitor de posse de uma tabela de números aleatórios irá sortear os prontuários que farão parte da amostra. Os prontuários deverão ser ordenados antes de se proceder a seleção aleatória. Caso esteja disponível nas unidades, poderá ser utilizado algum sistema informatizado ou livro de registro para o referido ordenamento.



Organização Pan-Americana da Saúde
Repatrição Sanitária Pan-Americana, Escritório Regional da
Organização Mundial da Saúde

Monitorização da Eliminação da Hanseníase (LEM) Multicêntrico do Brasil - 2003

Exemplo

Os Municípios sorteados na Bahia foram Remanso, Barra e Juazeiro. Com a lista das Unidades enviada pelo Coordenador do programa na Bahia, numerou-se cada uma das Unidades de Saúde e em seguida foi feito o sorteio utilizando-se uma tabela de números aleatórios para os municípios com mais de uma Unidade de Saúde.

Definida as Unidades que farão parte da amostra, o próximo passo foi estratificar o total da amostra proporcionalmente ao total de casos nas Unidades para cada forma clínica, conforme esquema abaixo:

$$n_h = (n/N) \cdot N_h ; \quad \text{onde: } n_h \text{ é o nº de casos necessários para cada Unidade}$$

n é o total da amostra
 N é soma do total de casos nas Unidades sorteadas
 N_h é o total de casos em cada Unidade

Exemplo para o cálculo de PB em 2001 para o Hospital São Jorge em Salvador

$$n_h = (25/84) \cdot 36 = \underline{11} \text{ casos}$$

$$n_h = (25/84) \cdot 48 = \underline{14} \text{ casos}$$

Capital Salvador

Unidades de Saúde Sorteadas	Total de Pacientes na Unidade				Amostra por Unidade			
	2001		2002		2001		2002	
	PB	MB	PB	MB	PB	MB	PB	MB
Hospital São Jorge	36	23	42	22	<u>11</u>	5	12	6
Hospital Esp. Dom R. Menezes	48	96	44	76	<u>14</u>	20	13	19
Total	84	119	86	98	<u>25</u>	25	25	25

Municípios	Unidades de Saúde Sorteadas	Total de Pacientes na Unidade				Amostra por Unidade			
		2001		2002		2001		2002	
		PB	MB	PB	MB	PB	MB	PB	MB
Remanso	C.S. de Remanso	34	47	38	41	24	23	26	29
Barra	Unidade Mista de Barra	46	79	40	25	33	38	27	18
Juazeiro	UBS III de Juazeiro	59	81	69	73	42	39	47	53
Total		139	207	147	139	100	100	100	100

Os erros devem ser mínimos considerando-se que as atividades de controle da hanseníase são consistentes entre os agentes de saúde, que as diferenças entre as unidades de saúde não podem ser levadas em consideração, que a finalidade do estudo é obter indicadores aproximados do desempenho nacional e que o estudo necessita ser executado num curto período de tempo. Se for necessário resultados mais acurados e confiáveis em uma determinada área ou de uma determinada unidade de saúde, os gerentes do programa nacional devem organizar visitas de supervisão ou uma avaliação mais abrangente.



Planejando e executando o estudo

Organizar tal estudo no campo é um processo complexo que vai requerer planejamento técnico e administrativo. Isto tem que ser feito com a colaboração das autoridades em todos os níveis, especialmente as dos níveis central e estadual, da OMS e, quando necessário, das ONGs. Esta sessão irá resumir os passos mais importantes na organização do estudo e irá destacar passos que devem ser padronizados. Irá também indicar os pré-requisitos e recursos necessários para implementar o estudo.

Planejando o monitoramento para o LEM Multicêntrico

1. O estudo será desenvolvido sob a responsabilidade técnica e financeira dos Centros colaboradores Alfredo da Mata e Instituto Lauro de Souza Lima. A OPAS será responsável por apresentar os conceitos para os coordenadores de campo.
2. Os objetivos do estudo e as informações a serem coletadas serão discutidas com as autoridades nacionais.
3. O delineamento do estudo será de responsabilidade da OPAS e ATDS/MS em colaboração com os Centros e monitores.

Requisitos

1. Pessoal: os indicadores e o métodos sugeridos neste documento foram produzidos de forma a serem práticos e requererem um mínimo de carga de trabalho. Entende-se que os monitores possam realizar a maioria de suas tarefas com o auxílio e colaboração dos gestores e agentes de saúde da área em estudo.
2. Transporte e logística: este estudo vai requerer que os monitores viagem a várias localidades, do nível central até a unidade de saúde mais periférico. Os centros colaboradores deverão providenciar todo o suporte necessário.
4. Todos os formulários para a coleta de dados serão providenciados pelos centros Colaboradores.

Preparação da visita de campo

Antes do início da visita de campo, os organizadores devem garantir que:

- Os objetivos do estudo e a lista de informações a serem coletadas esteja claramente definida e aceita.
- Os locais a serem visitados tenham sido selecionados e todas as autoridades envolvidas e unidades de saúde estejam informadas e disponíveis.
- O plano de trabalho e o cronograma para o estudo esteja estabelecido.
- Recursos e logística estejam disponíveis.



Coleta de dados no campo

- O LEM não é um exercício de supervisão nem deve ser conduzido com uma atividade de inspeção.
- Atitude: os monitores deverão envolver os agentes locais de saúde no processo após terem explicado os procedimentos a serem seguidos. A atitude dos monitores será muito importante e eles deverão expressar claramente que não são supervisores nem inspetores. Monitores devem fazer sempre comentários positivos, mesmo que estejam enfrentando dificuldades em obter as informações que necessitam coletar.
- Os monitores listarão todos os documentos de hanseníase disponíveis juntamente com os agentes locais e os compilarão a fim de coletar informações relevantes. A cada passo, os monitores devem explicar o que estão fazendo e com que propósito o fazem.
- Sempre que necessário, os monitores selecionarão uma amostra de pacientes de hanseníase a ser visitada, em acordo com os trabalhadores locais.
- Ao final da visita, os monitores prepararão um sumário descrevendo os indicadores-chave calculados nos serviços de saúde selecionados, que serão repassados aos profissionais de nível local durante um encontro. Neste estágio, não deve ser feita nenhuma conclusão ou recomendação. Os resultados serão informados e se solicitarão comentários dos participantes. Os monitores destacarão os aspectos positivos e perguntarão como a situação pode ser melhorada quando forem discutindo os pontos fracos.

Análise e relatório

Análise e relatório serão feitos pelos Centros Colaboradores FUAM e ILSL. Os relatórios finais, incluindo tabelas sumárias e gráficos, serão discutidos e finalizados com a OPAS e o gerente nacional do programa. As informações coletadas no campo serão consolidadas com informações disponíveis no nível central.

Anexo I: Tabela de formulários

Veja as páginas seguintes para os formulários usados pelos monitores.



Organização Pan-Americana da Saúde
Repartição Sanitária Pan-Americana, Escritório Regional da
Organização Mundial da Saúde

Monitorização da Eliminação da Hanseníase (LEM) Multicêntrico do Brasil - 2003

1º formulário - Local da coleta - Coordenação Estadual - Tendência da Prevalência do Estado

Estado:-----

No final do ano	1998			1999			2000			2001			2002		
	MB	PB	total	MB	PB	total	MB	PB	total	MB	PB	total	MB	PB	total
Registro ativo do Estado (*)															
Nº de casos registrados para tratamento (**)	X	X	X	X		X	X		X	X	X	X			
Abandono do tratamento (***)															
Lesão única															
Grau de incapacidade 2															

Municípios com Serviços de PQT Municípios em que o diagnóstico não é realizado pelo médico

Municípios que têm pelo menos um caso de Hanseníase registrado entre sua população residente (2002)

Municípios que não têm nenhum caso de Hanseníase registrado entre sua população residente (2002)

Informações fornecidas por: _____ Cargo ou função: _____ Data: _____

Nota: Na ausência do dado registre ND;

(*) Anotar o nº de casos do RA declarados pelo Estado; (***) Excluir do RA de 2002 os casos PB com mais de 6 doses e MB com mais de 12 doses;

(***) Abandono: Anotar o Nº de pacientes que não comparecem a US por 12 meses consecutivos para tomarem a PQT supervisionada.

Serviços de PQT= US que realizam o diagnóstico, classificação, prescrição+fornecimento+acompanhamento de PQT e encerramento do caso (cura)



Organização Pan-Americana da Saúde
Repartição Sanitária Pan-Americana, Escritório Regional da
Organização Mundial da Saúde

Monitorização da Eliminação da Hanseníase (LEM) Multicêntrico do Brasil - 2003

2º formulário - Local da coleta - Coordenação Estadual - Tendência da detecção Estadual

Estado:.....

HOMENS

	1998			1999			2000			2001			2002		
	MB	PB	total	MB	PB	total	MB	PB	total	MB	PB	total	MB	PB	total
Nº de casos detectados															
Lesão única															
Menores de 15 anos															
Grau de incapacidade 2															

MULHERES

	1998			1999			2000			2001			2002		
	MB	PB	total	MB	PB	total	MB	PB	total	MB	PB	total	MB	PB	total
Nº de casos detectados															
Lesão única															
Menores de 15 anos															
Grau de incapacidade 2															

Informações fornecidas por: _____ Cargo ou função: _____ Data: _____



Organização Pan-Americana da Saúde
Repartição Sanitária Pan-Americana, Escritório Regional da
Organização Mundial da Saúde

Monitorização da Eliminação da Hanseníase (LEM) Multicêntrico do Brasil - 2003

5º formulário - Local da coleta - Unidade Sanitária visitada - prontuários ou fichas do SINAN - Validação Casos Novos diagnosticados 2002

Estado:..... Município: Unidade Sanitária.....

(1) Casos novos atendidos no município amostrado	Idade no diagnóstico = 5-14 anos				Idade no diagnóstico = 15-34 anos				Idade no diagnóstico = 35-49 anos				Idade no diagnóstico = 50-64 anos				Idade no diagnóstico = ou +65 anos							
	F		M		F		M		F		M		F		M		F		M					
	PB	MB	PB	MB	PB	MB	PB	MB	PB	MB	PB	MB	PB	MB	PB	MB	PB	MB	PB	MB				
Total																								
(A) Lesão única																								
(B) Incapacidade avaliada																								
(C) Grau de Incapacidade 1																								
(D) Grau de Incapacidade 2																								

1 - Nº de casos novos (CN) atendidos nas US do município amostrado.
 B- Nº de CN com Grau de incapacidade (GI) avaliada.
 D - Nº de CN GI 2. Menores de 5 anos anotar no rodapé.

A - Nº de CN com lesão única.
 C - Nº de CN com GI I.
 F (sexo feminino), M (sexo masculino) PB Paucibacilar, MB Multibacilar.



Organização Pan-Americana da Saúde
Repartição Sanitária Pan-Americana, Escritório Regional da
Organização Mundial da Saúde

Monitorização da Eliminação da Hanseníase (LEM) Multicêntrico do Brasil - 2003

6º formulário - Local da coleta - Unidade Sanitária - prontuários - casos diagnosticados no ano de 2001 (Coortes)

Estado:..... Município: Nome da Unidade de Saúde

PSF Centro ou Posto Unidade especializada Hospital Outro especificar _____

Realiza: diagnóstico Não Sim Tratamento Não Sim Da alta cura clinica Não Sim

Casos diagnosticados no ano de 2001 (Coortes)

Situação após início do tratamento	Ainda em tratamento Nº	Abandono do tratamento Nº	Curados Nº	Óbito Nº	Outros Nº
Paucibacilares (registrar a situação em Setembro de 2002)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Multibacilares (registrar a situação em Junho de 2003)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Número de prontuários examinados:

Número de prontuários amostrados:

Razão de não examinar os prontuários dos amostrados



Organização Pan-Americana da Saúde
Repartição Sanitária Pan-Americana, Escritório Regional da
Organização Mundial da Saúde

Monitorização da Eliminação da Hanseníase (LEM) Multicêntrico do Brasil - 2003

8º formulário - Local da coleta - Unidade Sanitária - prontuários e registros de medicamentos - Disponibilidade dos *blisters* PQT

Estado:..... Município:

1- Número de ordem da US amostrada	2- Número de <i>blisters</i> examinados	3- Número do lote examinados	4-Número de <i>blister</i> com qualidade aceitável	5-Número total de pacientes em registro ativo (na ocasião da visita a unidade)				6-Estoque atual quantidade de <i>Blisters</i>			
				MB adulto	MB menores de 15 anos	PB adulto	PB menores de 15 anos	MB adulto	MB menores de 15 anos	PB adulto	PB menores de 15 anos

2- Número de *blisters* examinados (examinar no mínimo 5 de cada lote)

4- Número de *blister* com qualidade aceitável (é a verificação dos seguintes itens: data de validade, estado da caixa e dos *blisters* e aspecto das drogas (umidade, vazamento das substancia, rompimento da embalagem, especialmente a clofazimina)

5- Número de pacientes do registro ativo por ocasião da visita a unidade.

6- Quantidade total de *blister* existente (sala de atendimento e almoxarifado) segundo os 4 tipos de *blister* fornecidos pela OMS.



Organização Pan-Americana da Saúde
Repartição Sanitária Pan-Americana, Escritório Regional da
Organização Mundial da Saúde

Monitorização da Eliminação da Hanseníase (LEM) Multicêntrico do Brasil - 2003

10º formulário - Local da coleta - Unidades Sanitárias - qualidade da assistência (entrevista e observação com os profissionais que realizam atendimento)

Estado:.....

1 - Número de ordem da US amostrada	2- Município	3- Atende casos com reação?		4 - A unidade de saúde dispõe de esteróides?		5- Quantos dias e turnos por mês a unidade de saúde fornece PQT?	6 - Qual a categoria profissional capacitada que fornece esteróides nas reações?	7 - Qual a categoria profissional capacitada que atende as incapacidades?	8 - Qual a categoria profissional capacitada que realiza o diagnóstico?	9 - Qual a categoria profissional capacitada que prescreve o tratamento PQT?
		SIM	NÃO	SIM	NÃO					

5 - Mesmo conceito da coluna 7 do formulário 9. 6 a 9 - Refere-se a categoria profissional que realiza o procedimento aos pacientes. Ex. diagnóstico realizado pela Enfermeira com fornecimento de PQT e notificação posterior pelo Médico, considera-se que a atividade é realizada pela enfermeira. Caso o profissional não seja capacitado anotar a categoria/nãocapac.

Anexo II: Monitores LEM Brasil 2003

Estado	Monitor	Municípios
Acre	Luiz Cláudio Dias e Valneide Macêdo Lins Fialho	Cruzeiro do Sul, Sena Madureira, Tarauacá, Brasiléia, Feijó e Rio Branco
Amapá	Nádia Socorro Nogueira Pimentel	Mazagão, Oiapoque, Laranjal do Jarí e Macapá
Amazonas	Maurício Nobre e Maria do Socorro Medeiros Lima	Coari, Eirunepé, Fonte Boa, Humaitá, Manacapuru, Manicoré e Manaus
Alagoas	Maria de Jesus Freitas de Alencar	Arapiraca, Penedo, Santana do Ipanema, União dos Palmares, Coruripe e Macéio
Bahia	Paulo Roberto Aires de Mendonça	Barra, Juazeiro, Remanso e Salvador
Ceará	Marc Arthur Loureiro Storck	Crato, Iguatu, Morada Nova e Fortaleza
Distrito Federal	Antonio Carlos Martelli	--
Espírito Santo	Maria Eugênia Novisko Galo	Vila Velha, Baixo Guandu, Ponto Belo, Lúna e Vitória
Goiás	Antonio Carlos Martelli	Jataí, Inhumas, Morrinhos e Goiânia
Maranhão	Silmara Navarro Pennini	Arame, Lago da Pedra, Pinheiro e São Luís
Mato Grosso	Jaison Antonio Barreto	Várzea Grande, Diamantino, Pedra Preta e Cuiaba
Mato Grosso do Sul	Eliane Ignotti	Deodópolis, Nova Andradina, Mundo Novo e Campo Grande
Minas Gerais	Nádia Cristina Duppre	Ituiutaba, Paracatu, Divinópolis, Santa Bárbara e Belo Horizonte
Pará	Renato Cândido da Silva Júnior	Abaetetuba, Castanhal, Conceição do Araguaia e Belém
Paraíba	Maria Ana Leboeuf	Campina Grande, Patos, Santa Rita, Sousa e João Pessoa
Paraná	Tadiana Moreira	Pitanga, Toledo, Londrina e Curitiba
Pernambuco	Maria de Fátima Marója	Araripina, Igarapu, Jaboatão dos Guararapes, Petrolina, Ipojuca e Recife
Piauí	Sônia Marisa Tittoni Varela Lopes	Floriano, Picos, Piripiri e Teresina
Rio de Janeiro	Maria Madalena	Nova Iguaçu, Campo de Goitacazes, Volta Redonda, Nilópolis e Rio de Janeiro
Rio Grande do Norte	Emília dos Santos Pereira	Encanto, Mossoró, Pau dos Ferros, Nova Cruz, Canguaretama e Natal
Rio Grande do Sul	Jaison Antonio Barreto	Bento Gonçalves, Canoas, Caxias do Sul, Frederico Westphalen, Ijuí, Lajeado, Novo Hamburgo, Santo Ângelo, Uruguaiana, São Leopoldo, Santa Maria, Santa Rosa, São Borja e Porto Alegre
Rondônia	Paulo Roberto Aires de Mendonça	Ariquemes, Cacoal, Rolim de Moura e Porto Velho
Roraima	Glaudemira F. Santos Rodrigues	Mucajá, Rorainópolis, São Luiz e Boa Vista
Santa Catarina	José Fernando Casquel Monti	Joinville, Blumenau, Balneário Camboriu, Laguna, Jaraguá do Sul, Itajaí, Tubarão, Lages, Concórdia, Chapecó, Xanxere e Florianópolis
São Paulo	Letícia Eidt	São José do Rio Preto, Guarujá, Jundiaí, Santo Anastácio e São Paulo
Sergipe	Priscila Leiko Fuzikawa	Estância, Itabaiana, Simão Dias, Tobias Barreto, Nossa Senhora, Japoatã e Aracaju
Tocantins	Paula Frassinetti Bessa Rebelo	Araguaína, Miranorte, Paraíso do Tocantins e Palmas