

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM

NAYARA FIGUEIREDO VIEIRA

FATORES RELACIONADOS AO DESEMPENHO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
NAS AÇÕES DE CONTROLE DA HANSENÍASE

Belo Horizonte – MG

2019

NAYARA FIGUEIREDO VIEIRA

FATORES RELACIONADOS AO DESEMPENHO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
NAS AÇÕES DE CONTROLE DA HANSENÍASE

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito para o título de Doutora em Enfermagem.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem

Linha de pesquisa: Promoção, Prevenção e Controle de Agravos à Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Francisco Carlos Félix Lana

Belo Horizonte – MG

2019

V658f Vieira, Nayara Figueiredo.
Fatores relacionados ao desempenho da atenção primária à saúde nas ações de controle da hanseníase [manuscrito]. / Nayara Figueiredo Vieira. -- Belo Horizonte: 2019.
141f.: il.
Orientador: Francisco Carlos Félix Lana.
Área de concentração: Promoção, Prevenção e Controle de Agravos à Saúde.
Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Avaliação em Saúde. 2. Enfermagem. 3. Qualidade da Assistência à Saúde. 4. Hanseníase. 5. Atenção Primária à Saúde. 6. Epidemiologia. 7. Dissertação Acadêmica. I. Lana, Francisco Carlos Félix. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WC 335

Escola de Enfermagem da UFMG
Colegiado de Pós-Graduação em Enfermagem
Av. Alfredo Balena, 190 | 30130-100
Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil
+ 55 31 3409-9836 | 31 3409-9889
caixa postal: 1556 | colpgrad@enf.ufmg.br

25
anos
1994 - 2019

enfermagem
pós-graduação • UFMG

UFMG
UNIVERSIDADE FEDERAL
DE MINAS GERAIS

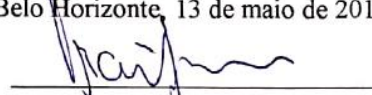

ATA DE NÚMERO 134 (CENTO E TRINTA E QUATRO) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA TESE APRESENTADA PELA CANDIDATA NAYARA FIGUEIREDO VIEIRA PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE DOUTORA EM ENFERMAGEM.

Aos 13 (treze) dias do mês de maio de dois mil e dezenove, às 13:00 horas, realizou-se no Anfiteatro da Pós-Graduação - sala 432 da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, a sessão pública para apresentação e defesa da tese "*FATORES RELACIONADOS AO DESEMPENHO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NAS AÇÕES DE CONTROLE DA HANSENÍASE*", da aluna *Nayara Figueiredo Vieira*, candidata ao título de "Doutora em Enfermagem", linha de pesquisa "Promoção da Saúde, Prevenção e Controle de Agravos". A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes professores doutores: Francisco Carlos Félix Lana (orientador), Airton Tetelbom Stein, Fernanda Moura Lanza, Allan Claudius Queiroz Barbosa e Ricardo Alexandre Arcêncio, sob a presidência do primeiro. Abrindo a sessão, o Senhor Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

APROVADA;
 REPROVADA.

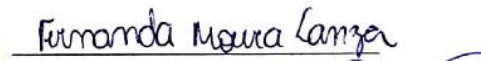
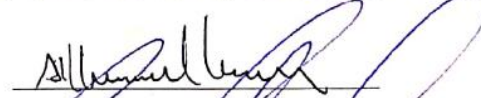
O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pelo Senhor Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Andréia Nogueira Delfino, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 13 de maio de 2019.

Prof. Dr. Francisco Carlos Félix Lana
Orientador (Esc.Enf/UFMG)

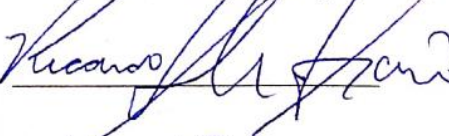



Prof. Dr. Airton Tetelbom Stein
(UFRGS)

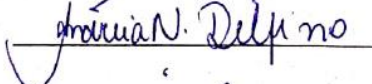
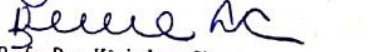
Prof.ª Dr.ª Fernanda Moura Lanza
(UFSJ)

Prof. Dr. Allan Claudius Queiroz Barbosa
(FACE/UFMG)



Prof. Dr. Ricardo Alexandre Arcêncio
(EERP/USP)

Andréia Nogueira Delfino
Secretária do Colegiado de Pós-Graduação

Prof.ª Dra. Kênia Lara Silveira
Coordenadora do Colegiado de Pós-Graduação em Enfermagem
Escola de Enfermagem da UFMG

HOMOLOGADO em reunião do CPG
Em 03/06/2019

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, João e Rosane, pelo apoio incondicional durante esta jornada. Vocês foram essenciais, exemplo de apoio, amor e persistência.

Aos meus irmãos, Mayra, Luciana e Luciano, pela amizade, compreensão, paciência e companheirismo ao longo de todo período dedicado à conclusão do doutorado.

Aos meus familiares, amigos e colegas de trabalho pelo singular carinho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por me dar força, sabedoria e persistência em todos os momentos dessa jornada.

Ao meu orientador, Chico Lana, pela oportunidade a mim concedida e pela confiança. Obrigada pelo incentivo nos momentos difíceis desta caminhada, pela paciência e pela compreensão, foram essenciais para a conclusão deste trabalho.

Ao José Ramón, por me receber no doutorado sanduíche na Universidade de Alicante (Espanha), impossível descrever em palavras a troca de conhecimento e a oportunidade de crescimento profissional.

À Fernanda, pela generosidade e disposição em compartilhar seus conhecimentos e por ser uma amiga tão presente em minha vida.

À Ana Paula, por ser um exemplo de pesquisadora, pelos vários momentos de descontração, amizade, viagens e palavras de carinho.

Às colegas do Núcleo de Estudos e Pesquisas em hanseníase, pelas enriquecedoras experiências, especialmente Isabela, pela amizade e apoio em tantos momentos dessa trajetória.

Aos colegas do doutorado, pela oportunidade de compartilhamentos enriquecedores para a minha formação, em especial, ao Diego.

À Jânua, pelas palavras de carinho, sabedoria e apoio incondicional, um exemplo de professora.

Às amigas, Alice, Fabiana, Juliana, Nathália, Salete e Sílvia pela sensibilidade, amizade e palavras de incentivo, que tornaram meus dias mais alegres e divertidos. Ao Ton, pelas palavras de sabedoria e apoio.

Às primas, Carla, Mariana e Rayssa pelo carinho e amor, vocês foram essenciais nesse doutorado.

Às amigas da Comissão Perinatal, por permitir meu crescimento profissional e pessoal, enquanto mulher. Em especial, à Simone, minha conselheira, amiga e segunda “mãe”, suas palavras sábias me conduziram à conclusão dessa jornada.

À Universidade de Alicante, pelo apoio institucional no doutorado sanduíche. Em especial, ao Prof. Andreu Nolasco pelos ensinamentos estatísticos e conhecimentos tão valiosos na análise dos dados.

À Faculdade de Ciências da Saúde de Unai, pelo apoio institucional. Em especial, as professoras Ingrid, Luísa, Maria das Neves e Natália pela amizade. E claro, aos meus queridos alunos do curso de Enfermagem e Veterinária, vocês me ensinaram a verdadeira essência da relação professor e aluno.

À Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, pela colaboração e consentimento para o desenvolvimento da coleta de dados.

Enfim, a todos que torceram e contribuíram pela concretização deste doutorado, os meus sinceros agradecimentos.

RESUMO

Diante da heterogeneidade que caracteriza a integração das ações de controle da hanseníase no âmbito da atenção primária, torna-se fundamental compreender os fatores que contribuem para a qualidade dos serviços, tendo em vista a doença como problema de saúde pública, pela importância epidemiológica no território e área estratégica de atuação dos serviços de atenção primária. Este estudo teve como objetivo avaliar o grau de orientação da atenção primária à saúde nas ações de controle e eliminação da hanseníase em Belo Horizonte e identificar fatores que influenciam no desempenho dos serviços. Estudo transversal, realizado com 70 Equipes de Saúde da Família de Belo Horizonte, de julho a setembro/2014. Entrevistaram-se 408 profissionais, sendo 189 gestores, 65 médicos, 79 enfermeiros e 75 Agentes Comunitários de Saúde. Foi utilizada uma ferramenta de avaliação que mede o grau de orientação da atenção primária na realização das ações de controle da hanseníase, e referia-se aos atributos da atenção primária (acesso, porta de entrada, integralidade dos serviços disponíveis, integralidade dos serviços prestados, coordenação, orientação profissional, orientação familiar e orientação comunitária). Posteriormente, calcularam-se indicadores de monitoramento da hanseníase utilizando a média da série histórica de 2012 a 2016, tendo como fonte o Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Utilizou-se a correlação de Spearman e o modelo de regressão linear múltipla- *bootstrap*, para analisar a associação do grau de orientação da atenção primária nas ações de hanseníase com os fatores explicativos (nível de significância $p < 0,05$). A maioria dos participantes atua há mais de 10 anos na atenção primária, 62% referiram realizar ações de controle da hanseníase no território, e, em sua maioria, não acompanharam casos da doença e 48,8% não foram treinados. Em relação ao comportamento epidemiológico, observou-se heterogeneidade nos distritos sanitários, de Belo Horizonte, com variações nos indicadores de saúde. Na avaliação do grau de orientação da atenção primária nas ações de hanseníase, constatou-se fraca orientação na perspectiva dos médicos e enfermeiros, no entanto, na ótica dos distritos sanitários forte orientação. Houve correlação entre escore geral e percentual de casos tratados na atenção primária e de cobertura de equipe de saúde da família. No escore derivado, houve correlação com percentual de casos tratados na atenção primária, e, no essencial, com a proporção e taxa de casos diagnosticados, grau 2 de incapacidade física. Foi observado forte orientação no escore essencial e geral, e associação com os treinamentos de hanseníase. No escore derivado, fraca orientação e associação com as capacitações para médicos e agentes comunitários de saúde. O gestor apresentou uma avaliação conservadora quando comparado às demais categorias de participantes, e as diferenças mais expressivas foram observadas na avaliação do escore derivado. A qualidade das ações de controle da hanseníase desempenhadas pelos profissionais da atenção primária produz impactos nos indicadores de saúde, sendo necessário elaborar estratégias condizentes com a realidade do território. A experiência profissional da equipe de saúde da família na assistência à hanseníase é determinante para que o serviço seja provedor de ações de controle orientadas segundo os atributos essenciais e derivados da atenção primária. O Brasil avançou na redução da incidência, porém deve aumentar a eficácia da vigilância em saúde como forma de fortalecer a detecção precoce e a formação dos profissionais.

Palavras-chave: Avaliação em Saúde; Enfermagem; Qualidade da Assistência à Saúde; Hanseníase; Atenção Primária à Saúde. Epidemiologia.

ABSTRACT

In view of the heterogeneity that characterizes the integration of leprosy control actions in primary health care, it is fundamental to understand the factors that contribute to the quality of services, considering the disease as a public health problem, epidemiological importance in the territory and strategic area of action of the primary care services. This study aimed to evaluate the degree of orientation of primary health care in the actions of control and elimination of leprosy in Belo Horizonte and to identify factors that influence the performance of services. Cross-sectional study, carried out with 70 Family Health Teams of Belo Horizonte, from July to September / 2014. 408 professionals were interviewed, of which 189 were managers, 65 doctors, 79 nurses and 75 Community Health Agents. An evaluation tool was used to measure the orientation of primary care in the implementation of leprosy control actions. (access, door of entry, integrality of services available, integrality of services provided, coordination, professional orientation, family orientation and community orientation). Subsequently, leprosy monitoring indicators were calculated using the historical series average from 2012 to 2016, based on the Notification of Injury Information System. The Spearman's correlation and the multiple-bootstrap linear regression model were used to analyze the association of the degree of primary care orientation in the leprosy actions with explanatory factors (significance level $p < 0.05$). Most of the participants have been working in primary care for more than 10 years, 62% reported having leprosy control actions in the territory, and, for the most part, they did not follow cases of the disease and 48.8% were not trained. Regarding the epidemiological behavior, there was heterogeneity in the health districts of Belo Horizonte, with variations in health indicators. In the evaluation of the degree of orientation of primary care in the leprosy actions, it was observed a poor orientation from the perspective of the doctors and nurses, however, from the perspective of the health districts strong orientation. There was correlation between general score and percentage of cases treated in primary care and family health care coverage. In the derived score, there was correlation with the percentage of cases treated in primary care, and, essentially, with the proportion and rate of diagnosed cases, grade 2 of physical disability. Strong orientation was observed in the essential and general score, and association with leprosy training. In the derived score, poor orientation and association with the training for physicians and community health agents. The manager presented a conservative evaluation when compared to the other categories of participants, and the most significant differences were observed in the evaluation of the derived score. The quality of leprosy control actions carried out by primary care professionals produces impacts on health indicators, and it is necessary to elaborate strategies consistent with the reality of the territory. The professional experience of the family health team in assisting leprosy is determinant for the service to be the provider of control actions oriented according to the essential attributes and derived from primary care. Brazil has made progress in reducing incidence, but should increase the effectiveness of health surveillance as a means of strengthening early detection and training of professionals.

Keywords: Health Evaluation; Nursing; Quality of Health Care; Leprosy; Primary Health Care. Epidemiology.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	- Síntese das estratégias de enfrentamento da hanseníase propostas pela Organização Mundial da Saúde	20
Figura 2	- Distritos Sanitários de Belo Horizonte	48
Quadro 1	- Distribuição das Equipes de Saúde da Família por centro de saúde, de acordo com o distrito sanitário. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2014	49
Quadro 2	- Descrição da matriz de análise das variáveis, com base na categoria, critério, indicador e fonte de dados. Belo Horizonte, MG, 2014	55
Gráfico 1	- Série histórica da taxa de detecção de casos novos de hanseníase com grau II de incapacidade física no momento do diagnóstico por 100 mil habitantes e taxa de detecção geral de casos novos de hanseníase por 100 mil habitantes. Belo Horizonte, MG, 2001-2016	49
Gráfico 2	- Série histórica do percentual de casos curados na coorte de detecção e o percentual de contatos examinados entre os registrados. Belo Horizonte, MG, 2001- 2017	50
Gráfico 3	- Gráfico de dispersão das variáveis que foram significativas ($p < 0,05$) no teste de correlação de <i>Spearman</i> , Belo Horizonte MG, 2014.....	80

LISTA DE TABELAS

1	- Série histórica da taxa de detecção de casos de hanseníase com grau II de deformidade, taxa de detecção de casos na população em geral por 100 mil habitantes, casos curados na coorte de detecção e contatos examinados entre os registrados. Brasil, BR, 2001- 2016	23
2	- Cálculo amostral de Equipe de Saúde da Família entrevistadas em Belo Horizonte. Belo Horizonte, MG, 2014	52
3	- Distribuição das entrevistas realizadas nos distritos sanitários, segundo categoria de profissionais da atenção primária. Belo Horizonte, MG, 2014	53
4	- Descrição da matriz de análise das variáveis, com base na categoria, critério, indicador e fonte de dados. Belo Horizonte, MG, 2014	61
5	- Descrição dos indicadores epidemiológicos de monitoramento, segundo distrito sanitário como unidade de análise. Belo Horizonte, MG, 2019	68
6	- Descrição dos escores geral, essencial, derivado e por atributos da atenção primária à saúde nas ações de controle da hanseníase segundo a experiência de gestores, médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde. Belo Horizonte, MG, 2014	73
7	- Descrição dos escores geral, essencial, derivado e por atributos da atenção primária à saúde nas ações de controle da hanseníase segundo o distrito sanitário. Belo Horizonte, MG, 2014	77
8	- Correlação entre os indicadores de monitoramento e os escores essencial, derivado e geral da atenção primária nas ações de controle da hanseníase, utilizando o distrito sanitário como unidade de análise. Belo Horizonte, MG, 2014	80
9	- Modelo de regressão linear múltipla utilizando o método <i>bootstrap</i> , segundo o escore essencial. Belo Horizonte, MG, 2014	86
10	- Modelo de regressão linear múltipla utilizando o método <i>bootstrap</i> , segundo o escore derivado. Belo Horizonte, MG, 2014	87
11	- Modelo de regressão linear múltipla utilizando o método <i>bootstrap</i> , segundo o escore geral. Belo Horizonte, MG, 2014	89
12	- Análise descritiva das variáveis segundo categoria de profissionais participantes. Belo Horizonte, MG, 2014	91
13	- Frequência absoluta e relativa das variáveis independentes utilizadas no modelo. Belo Horizonte, MG, 2014	92
14	- Modelo de regressão linear múltipla, segundo os fatores profissionais na	

	avaliação do escore essencial. Belo Horizonte, MG, 2014	93
15	- Modelo de regressão linear múltipla, segundo os fatores profissionais na avaliação do escore derivado. Belo Horizonte, MG, 2014	94
16	- Modelo de regressão linear múltipla, segundo os fatores profissionais na avaliação do escore geral. Belo Horizonte, MG, 2014	95

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	-	Atenção Básica
ACH	-	Ações de Controle da Hanseníase
ACS	-	Agentes Comunitários de Saúde
APS	-	Atenção Primária à Saúde
BCG	-	<i>Bacillus Calmette-Guérin</i>
CCT	-	Transferência Condicional de Renda
CEDS	-	Coordenadoria Estadual de Dermatologia Sanitária
COEP	-	Comitê de Ética em Pesquisa
DATASUS	-	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DS	-	Distrito Sanitário
ESF	-	Estratégia de Saúde da Família
eSF	-	Equipe de Saúde da Família
FAPEMIG	-	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais
IBGE	-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDh	-	Índice de Desenvolvimento humano
MB	-	Multibacilar
MS	-	Ministério da Saúde
NEPHANS	-	Núcleo de Estudos e Pesquisas e Hanseníase
NOB	-	Normas Operacionais Básicas
NOAS	-	Norma Operacional da Assistência à Saúde
OMS	-	Organização Mundial da Saúde
PB	-	Paucibacilar
PBH	-	Programa Bolsa Família
PCAT - hanseníase	-	Instrumento de Avaliação de Desempenho da Atenção Primária à Saúde nas Ações de Controle da Hanseníase
PCATool	-	<i>Primary Care Assesment Tool</i>
PMAQ-AB	-	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	-	Política Nacional de Atenção Básica
PNEH	-	Programa Nacional de Erradicação da Hanseníase
PBF	-	Programa Bolsa Família
PBH	-	Prefeitura Municipal de Belo Horizonte
PMM	-	Programa Mais Médicos
PQT	-	Poliqumioterapia
PSF	-	Programa Saúde da Família

SPSS	-	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SAGE	-	Sala de Apoio à Gestão Estratégica
SES/MG	-	Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais
Sinan	-	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SMSA-BH	-	Secretaria de Saúde Municipal de Belo Horizonte
SUS	-	Sistema Único de Saúde
TCLE	-	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	-	Unidade Básica de Saúde
UFMG	-	Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 OBJETIVOS	19
1.1.1 Objetivo geral	19
1.1.2 Objetivos específicos	20
2 REFERENCIAL TEÓRICO	21
2.1 HANSENÍASE: ASPECTOS CLÍNICOS, EPIDEMIOLÓGICOS E OPERACIONAIS	21
2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: HISTÓRICO, PERSPECTIVAS E DESAFIOS	25
2.3 DESEMPENHO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NAS AÇÕES DE CONTROLE DA HANSENÍASE	36
3 MÉTODOS.....	48
3.1 DELINEAMENTO	48
3.2 CENÁRIO DO ESTUDO	48
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	51
3.4 FONTE DE DADOS	53
3.4.1 Dados primários	53
3.4.2 Dados secundários	54
3.5 VARIÁVEIS	55
3.6 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	57
3.7 ASPECTOS ÉTICOS	59
3.8 FINANCIAMENTO	59
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	60
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	60
4.2 COMPORTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO DE INDICADORES DE MONITORAMENTO.....	64
4.3 AVALIAÇÃO DO GRAU DE ORIENTAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NAS AÇÕES DE CONTROLE DA HANSENÍASE.....	69
4.3.1 Avaliação na perspectiva dos profissionais da atenção primária à saúde.....	69
4.3.2 Distrito sanitário	74

4.4 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NAS AÇÕES DE CONTROLE DA HANSENÍASE E OS EFEITOS EM INDICADORES DE MONITORAMENTO.....	79
4.5 COMPARAÇÃO DO GRAU DE ORIENTAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NAS AÇÕES DE HANSENÍASE ENTRE MÉDICOS, ENFERMEIROS, GESTORES E AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE.....	85
4.6 FATORES PROFISSIONAIS RELACIONADOS À AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NAS AÇÕES DE CONTROLE DA HANSENÍASE	90
4.7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	99
5 CONCLUSÃO.....	100
REFERÊNCIAS	102
ANEXOS	120

1 INTRODUÇÃO

No Brasil persiste a alta endemicidade de doenças tropicais negligenciadas que apresentam em comum a relação com a pobreza e a miséria, causam estigma e discriminação (WHO, 2011). Enquadra-se, nesse cenário, a hanseníase, que é um agravo infeccioso e de magnitude epidemiológica no país. Trata-se de uma doença infectocontagiosa, crônica, granulomatosa e de evolução lenta, causada pelo *Mycobacterium leprae* (bacilo de Hansen). Esse bacilo tem alta infectividade, mas baixa patogenicidade e acomete principalmente a população economicamente ativa (BRASIL, 2008).

Em termos epidemiológicos, mundialmente, a prevalência da hanseníase diminuiu de 5 milhões de casos em meados de 1980, para cerca de 200 mil casos em 2015, resultado da introdução da poliquimioterapia (PQT) como tratamento (WHO, 2016a). Mundialmente, em 2017, foram detectados 210.671 casos novos com incidência 2,77casos/100.000 habitantes. A Organização Mundial da Saúde (OMS) destaca a Índia com 60% das notificações de casos novos; Brasil com 13% e Indonésia com 7,5%, e isso representa 80% das notificações mundiais (WHO, 2018).

Constata-se que o Brasil segue a mesma tendência mundial, em que há diminuição do número de acometidos pela doença, entretanto, ainda se tem, como desafio, estratégias para quebrar a cadeia de transmissão da doença e a redução dos danos causados, que são traduzidos pelos indicadores de diagnóstico em crianças e proporção de casos com grau 2 de incapacidade física (BRASIL, 2016a). Em termos epidemiológicos, o Brasil apresenta alta endemicidade (12,94 casos/100 mil habitantes), além disso, indicadores que traduzem a qualidade dos serviços, como a cura (81,2%) e exame de contatos (78,9%) demonstram a fragilidade das Ações de Controle da Hanseníase (ACH) (BRASIL, 2018a).

Como forma de redução da carga da doença, o Ministério da Saúde recomenda que as ACH sejam desempenhadas nos serviços de atenção primária, pautadas na educação em saúde, investigação epidemiológica para o diagnóstico oportuno, tratamento até a cura, prevenção e tratamento de incapacidades, vigilância epidemiológica, exame de contatos, orientações e aplicação de *Bacillus Calmette-Guérin* (BCG) (BRASIL, 2016a).

O acompanhamento das pessoas com diagnóstico de hanseníase e de seus contatos deve ser realizado, preferencialmente, pela Atenção Primária à Saúde (APS), bem como as ações de controle e eliminação da doença. Segundo o Programa Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017):

A APS é compreendida como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011b).

A atenção primária é considerada porta de entrada para o sistema de saúde, por constituir nível próprio de atendimento, com a estruturação do serviço na lógica programática, na integralidade e longitudinalidade do cuidado e na coordenação das ações e serviços de saúde (GIL; ESCOREL, 2006; OPAS, 2011). Assim a APS é uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, substituindo o modelo tradicional de assistência à saúde, historicamente centrado na doença, por um modelo alinhado com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), tais como a universalidade, integralidade, hierarquização e integralidade da atenção (BRASIL, 2017).

O fortalecimento da APS, no Programa de Controle e Eliminação da hanseníase, deu-se principalmente com a publicação da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) 01/2001 do SUS (BRASIL, 2001), que garantiu a descentralização da assistência à saúde e definiu a hanseníase como área prioritária nos serviços de APS.

Entretanto, historicamente, os serviços de saúde foram organizados de modo a tratar a doença, voltados principalmente para o modelo biomédico e basicamente centrado na cura da hanseníase. Dessa forma, evidencia-se a persistência do modelo biomédico, realizado por unidades especializadas, desenvolvidos por dermatologistas e hansenólogos, cujas atividades são basicamente voltadas para a realização do diagnóstico e tratamento (SAVASSI, 2010). Essa abordagem biomédica implica um distanciamento dos princípios doutrinários do SUS, comprometendo principalmente o alcance da atenção integral diante de uma condição crônica complexa como a hanseníase (BARBOSA *et al.*, 2014). Afasta a APS em assumir o seu papel no acompanhamento do caso de hanseníase em situações que necessitam de encaminhamento dos serviços de média e alta complexidade.

Diante da heterogeneidade que caracteriza a integração das ACH, no âmbito da atenção primária, vários fatores são apontados como obstáculos, têm-se a rotatividade de profissionais, a resistência da equipe em participar de ações voltadas para a doença, desconhecimento sobre a hanseníase pelos profissionais e comunidade e fortalecimento dos serviços de referência resultante da fraca resolutividade da atenção primária (FUZIKAWA;

CHERCHIGLIA, 2007; LANA; CARVALHO; DAVI, 2011; MENDES *et al.*, 2008;), para Lanza e Lana (2011b), fatores como a priorização da hanseníase na atenção primária e profissionais pouco capacitados também contribuem para o enfraquecimento da integração da doença na atenção primária.

Além disso, a dificuldade de acesso aos serviços (VIEIRA *et al.*, 2018; VIEIRA; LANA, 2015) e o estigma dos pacientes em tratar próximos a suas residências (LANZA; LANA, 2014) são apontados como contribuintes para o nível de integração das ações de hanseníase na APS.

Na Índia, o sistema de saúde também se organiza de forma integrada, com um sistema de vigilância para monitorar o desempenho da APS no Programa Nacional de Erradicação da Hanseníase (PNEH), com resultados satisfatórios na redução da prevalência da doença (SIDDIQUI *et al.*, 2009). Entretanto, enfrenta problemas semelhantes aos vivenciados no Brasil, como pacientes sendo diagnosticados tardiamente devido à escassez de conhecimento da comunidade sobre os sinais e sintomas da hanseníase e ao despreparo dos profissionais em realizar o diagnóstico e tratamento (RENITA *et al.*, 2010).

Assim, diante dos desafios, do ponto de vista da reorientação do modelo assistencial na política de hanseníase, torna-se necessário avaliar os serviços de atenção primária para identificar lacunas que impedem a integração das ACH, e assim, auxiliar na tomada de decisão na formulação das políticas públicas.

Segundo o referencial teórico de Starfield (2002), para a APS ser considerada efetiva, esta deve cumprir um agregado de atributos, denominados de essenciais, o acesso de primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado, e os atributos derivados que são a orientação comunitária, familiar e competência cultural. Tal concepção traduz que o forte grau de orientação desses atributos resulta em serviços de atenção primária de melhor qualidade.

Para avaliar o grau de orientação dos referidos atributos, Starfield (2002) junto com outros colaboradores, desenvolveram uma ferramenta de avaliação o “*Primary Care Assessment Tool* (PCATool- Brasil)”, e, posteriormente, foi validada e adaptada para a realidade brasileira (BRASIL, 2010). O PCATool- Brasil permite avaliar os atributos da APS na perspectiva dos usuários (versão adulto e criança) e dos profissionais de saúde.

Ao acompanhar as tendências dos estudos de avaliação, Lanza e Lana (2014) e Lanza *et al.* (2014a; 2014b; 2014c) elaboraram o “Instrumento de Avaliação de Desempenho da Atenção Primária à Saúde nas Ações de Controle da Hanseníase (PCAT- hanseníase)” baseado nos atributos da atenção primária, na versão médicos/enfermeiros, gestores, agentes

comunitários de saúde (ACS) e usuários, sendo que essa ferramenta permite avaliar o grau de orientação da APS para as ACH. Vale ressaltar, que foi empregada a mesma metodologia de avaliação utilizada no PCATool- Brasil.

Estudos que utilizaram o PCATool-Brasil como ferramenta de avaliação, evidenciaram diferenças no grau de orientação dos atributos da atenção primária, além disso, em sua maioria, são pesquisas descritivas que identificaram as dimensões frágeis do ponto de vista de profissionais da APS e usuários do serviço, em comum, observaram-se fragilidades no acesso, orientação comunitária e familiar (ALENCAR *et al.*, 2014; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013; PEREIRA *et al.*, 2011; REIS *et al.*, 2013). Além da descrição dos atributos, outro estudo realizado utilizando-se o PCATool- Brasil, comparou os diferentes modelos de serviços de atenção primária na perspectiva dos profissionais de saúde (CASTRO *et al.*, 2012).

Carrer *et al.* (2016) avaliaram a efetividade da assistência oferecida na atenção primária, segundo a ótica dos profissionais de saúde, comparando unidades com e sem médicos do “Programa Mais Médicos”, e também utilizaram o PCATool – Brasil versão profissionais de saúde, os resultados demonstraram não haver diferenças na avaliação autorreferida pelos médicos e enfermeiros das unidades.

Pesquisa realizada por Silva, Baitelo e Fracoli (2015) cujo objetivo foi avaliar a APS e triangular e comparar o ponto de vista de atores sociais implicados no processo assistencial evidenciou que a qualidade de atuação autorreferida pelos profissionais não é percebida ou valorizada pelos usuários, e que as ações podem estar sendo desenvolvidos de forma inadequada ou insuficiente para serem captados pela experiência da comunidade. Dessa forma, triangular e comparar a perspectiva dos diferentes atores sociais envolvidos na atenção à saúde é uma importante forma de evidenciar como a política de atenção é compreendida pelos profissionais de saúde e gestores implicados no processo.

Em comum esses estudos dedicaram-se a descrever e identificar os atributos da APS considerados frágeis, e alguns realizaram comparações entre serviços buscando compreender o grau de orientação.

Estudos que avaliaram os atributos da APS utilizando o PCAT- saúde evidenciaram-se, principalmente, dificuldades no acesso, orientação comunitária e

profissional¹ (LANZA; LANA, 2014; SOUSA; SILVA; XAVIER; 2017a; VIEIRA; LANA, 2015).

Para Miclos, Calvo e Colussi (2015), o desempenho desigual dos serviços de atenção primária decorre de questões demográficas, sociais e epidemiológicas observadas nos territórios, mas também pode ser associado às escolhas locais de prioridades para suprir a demanda de uma população.

Conforme observam Starfield (2002) e Teixeira *et al.* (2011), é de suma importância considerar o ambiente em que vivem as pessoas para planejar as ações de saúde. No Brasil, mesmo com os esforços de priorizar as ações básicas por meio de incentivo ao modelo da Estratégia Saúde da Família (ESF) e da utilização do critério renda *per capita* de financiamento para transferência de recursos da União para os municípios e regiões, essas medidas ainda se mostram insuficientes diante da capacidade de oferta dos serviços de saúde e da distribuição desigual existente entre as regiões, assim como dentro das próprias regiões, que influenciam de modo importante o acesso (FAHEL; NEVES, 2009).

Pesquisa que avaliou o desempenho dos estados brasileiros observou que, nas regiões Sul e Sudeste, onde as condições de vida e o acesso aos serviços de saúde são melhores, concentram-se os maiores percentuais de municípios com desempenho satisfatório (MICLOS, CALVO, COLUSSI, 2015).

A necessidade de avaliação é também evidenciada pela escassez de recursos financeiros em vista do alto custo da atenção em saúde, recomendando racionalidade e eficiência na utilização dos investimentos para garantir serviços adequados às necessidades de saúde da população (BODSTEIN, 2002; FACCHINI *et al.*, 2006; TANAKA; MELO, 2000).

Desse modo, é preciso realizar avanços na compreensão dos fatores que contribuem para o grau de orientação da atenção primária nas ACH, tendo em vista a doença como problema de saúde pública, pela importância epidemiológica no território e área estratégica de atuação dos serviços de APS. Além disso, torna-se necessário aprofundar os conhecimentos na determinação da doença que se relacionam a fatores sociais, estruturais, políticos, epidemiológicos e relacionados às competências individuais dos profissionais inseridos no processo de assistência à hanseníase.

¹ Destaca-se que o atributo “orientação profissional” não é contemplado no PCATool- Brasil, mas, recomendado em outro estudo para ser inserido na versão brasileira do PCATool em substituição ao atributo competência cultural já que o SUS oferece capacitações (ALMEIDA; MACINKO, 2006).

Diante disso, identificar condições que influenciam no alcance dos princípios ordenadores da atenção primária, significa descrever a qualidade da assistência aos pacientes com hanseníase. Estudo realizado por Turci, Lima-Costa e Macinko (2015) em Belo Horizonte, demonstrou a importância de fatores estruturais e organizacionais na performance da APS e na melhoria da qualidade. A avaliação é componente do processo de gestão e, de acordo com a complexidade de uma organização, irá contribuir diretamente na tomada de decisão, com o intuito de resolver os problemas (VIEIRA DA SILVA, 2014).

Tendo em vista as “Diretrizes para Vigilância, Atenção e Eliminação da Hanseníase como Problema de Saúde Pública” (BRASIL, 2016a), recomenda que as ações sejam desenvolvidas pelos serviços de atenção primária, uma vez que a doença é sensível à qualidade da atenção, devido ao diagnóstico ser clínico e epidemiológico, questiona-se:

- a. A qualidade da atenção à hanseníase autorreferida pelos profissionais da atenção primária produz efeitos sobre os indicadores de monitoramento da doença?
- b. Há divergências no grau de orientação da APS nas ações de hanseníase quando se compara a perspectiva de gestores, médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde?
- c. Características dos profissionais da APS podem causar efeitos na avaliação do grau de orientação da atenção primária nas ACH?

Estabelece-se como hipótese deste estudo que o alto grau de orientação da atenção primária para as ACH produz efeitos positivos nos indicadores de monitoramento da hanseníase. Além disso, acredita-se que as ações planejadas no território pela gestão são realizadas pelas Equipes de Saúde da Família (eSF).

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

Avaliar o grau de orientação da atenção primária à saúde nas ações de controle e eliminação da hanseníase em Belo Horizonte e identificar fatores que influenciam no desempenho dos serviços.

1.1.2 Objetivos específicos

- a. Avaliar a qualidade da atenção primária nas ações de controle da hanseníase e correlacionar os efeitos com indicadores de monitoramento da endemia;
- b. Comparar o grau de orientação da atenção primária nas ações de hanseníase entre médicos, enfermeiros, gestores e agentes comunitários de saúde;
- c. Identificar fatores profissionais relacionados ao desempenho da atenção primária nas ações de controle da hanseníase.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

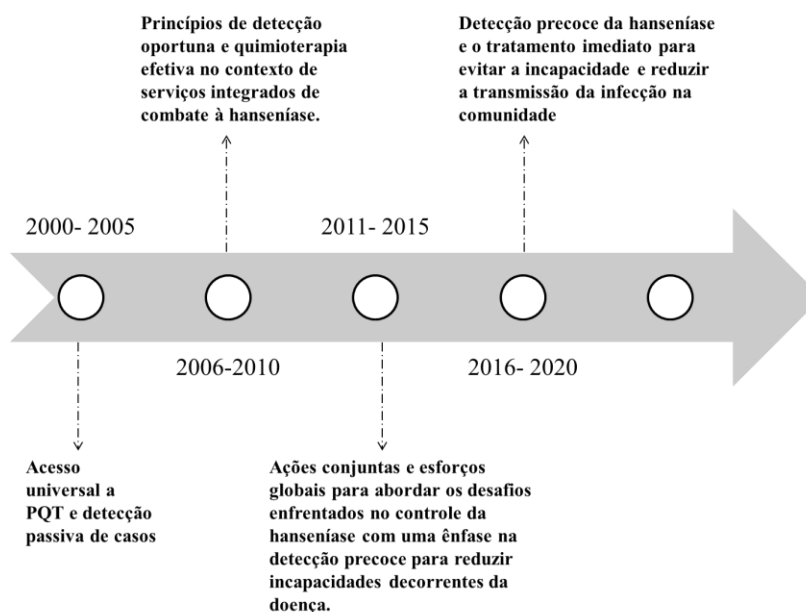
2.1 HANSENÍASE: ASPECTOS CLÍNICOS, EPIDEMIOLÓGICOS E OPERACIONAIS

A hanseníase é uma enfermidade antiga, já descrita na literatura das civilizações da antiguidade. Ao longo da história, os pacientes com a doença foram marginalizados por suas comunidades e famílias. Trata-se de uma doença crônica causada pelo *Mycobacterium leprae*, que afeta a pele, nervos periféricos, mucosa do trato respiratório superior e os olhos (WHO, 2018).

Com o avanço das pesquisas, em 1981, a hanseníase tornou-se curável, por meio da introdução da PQT (WHO, 2016a). No entanto, apenas em 1995 a OMS proporcionou o acesso gratuito à PQT para todos os acometidos pela doença.

Como forma de responder às necessidades dessa endemia mundial, a OMS tem realizado esforços no sentido de controlar a enfermidade. A figura 1 esquematiza uma breve série histórica das estratégias propostas pela organização para o controle e eliminação da doença como problema de saúde pública.

Figura 1 – Síntese das estratégias de enfrentamento da hanseníase propostas pela Organização Mundial da Saúde



Fonte: World Health Organization, 2016b

Porém, constata-se que a doença permanece circulante na população, uma vez que em 2017 foram notificados 210.671 novos casos em 150 países, isso representa uma taxa

detecção de 2,77 por 100.000 habitantes (WHO, 2018). O último relatório publicado pela OMS demonstrou que, embora houvesse uma redução no número de casos novos, em relação ao ano de 2016 houve aumento em 7 países (Bangladesh, Brasil, Comores, Moçambique, Nepal, Filipinas e Sri Lanka) (WHO, 2018). Esse panorama epidemiológico reforça a necessidade de incorporação de tecnologias no enfrentamento da doença, bem como engajamento de todos os atores envolvidos na redução da carga da doença no cenário mundial.

Nesse contexto, como o Brasil é prioritário no enfrentamento da doença, o Ministério da Saúde (MS) publicou as “Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública”, que define como caso (BRASIL, 2016a):

Lesão e/ou áreas da pele com alteração da sensibilidade térmica e/ou dolorosa e/ou tátil; ou espessamento de nervo periférico, associado a alterações sensitivas e/ou motoras e/ou autonômicas; ou presença de bacilos *M. leprae*, confirmada na baciloscopia de esfregaço intradérmico ou na biópsia de pele (BRASIL, 2016a, p.6).

Para os casos diagnosticados, deve-se utilizar a classificação operacional de hanseníase, visando definir o esquema de tratamento com PQT, sendo o caso multibacilar (MB) o paciente com mais de cinco lesões de pele e o paucibacilar (PB) com até cinco lesões de pele (BRASIL, 2016a).

Além disso, o MS recomenda ações para redução da carga da doença no Brasil, como a educação em saúde, investigação epidemiológica para o diagnóstico oportuno de casos, tratamento até a cura, prevenção e tratamento de incapacidades, vigilância epidemiológica e exame de contatos, orientações e aplicação de BCG (BRASIL, 2016a).

Como forma de monitorar a endemia no país, o MS disponibilizou alguns indicadores na Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE), que tem como objetivo subsidiar a tomada de decisão e gerar conhecimento da situação epidemiológica da doença (BRASIL, 2018a). Dessa maneira, a tabela 1 apresenta alguns indicadores de monitoramento da hanseníase, que são disponibilizados na SAGE.

Tabela 1 – Série histórica da taxa de detecção de casos de hanseníase com grau II de deformidade/ 100 mil hab., taxa de detecção de casos na população em geral/ 100 mil hab., percentual de casos curados na coorte de detecção e percentual de contatos examinados entre os registrados. Brasil, BR, 2001- 2016

Ano	Taxa de detecção com grau II de deformidade/ 100 mil hab.	Taxa de detecção na pop. Geral/ 100 mil hab.	(%) Casos curados na coorte de detecção	(%) Contatos examinados entre registrados
2001	1,39	26,22	0,00	68,13
2002	1,46	27,90	0,00	55,12
2003	1,45	28,98	88,04	45,89
2004	1,42	27,45	87,59	48,00
2005	1,39	26,40	86,42	54,16
2006	1,25	23,10	87,12	59,18
2007	1,75	22,41	87,42	66,53
2008	1,39	20,58	85,96	54,66
2009	1,27	19,63	87,11	59,79
2010	1,17	18,29	82,79	57,69
2011	1,12	17,65	80,54	58,88
2012	1,15	17,16	85,87	74,31
2013	0,99	15,43	83,98	75,08
2014	1,00	15,31	82,73	76,88
2015	0,91	14,06	83,44	78,23
2016	0,84	12,23	81,74	77,69
2017	0,93	12,94	81,22	78,90

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação/ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/ Sala de Apoio à Gestão Estratégica- Ministério da Saúde.

Destaca-se, na tabela 1, que o Brasil, seguindo a tendência mundial, apresenta redução na detecção da doença em torno de 50,6% (2001- 2017), entretanto, a taxa de detecção com grau II de deformidade sugere pequena modificação. No último relatório da OMS (WHO, 2018) foi observado discreto aumento na detecção de casos novos e em pacientes acometidos com grau 2 de incapacidade física, isso salienta a necessidade de fortalecer os investimentos nas ACH.

Em relação aos indicadores operacionais, cura e o exame de contatos destacam-se percentuais classificados como regular (BRASIL, 2016a). A evolução do indicador exame de contatos revela a melhoria do serviço em realizar a detecção no núcleo familiar, no entanto, ainda não satisfatório do ponto de vista operacional.

Estudo descritivo que analisou o perfil epidemiológico dos casos novos de hanseníase no Brasil, no período de 2012 a 2016, constatou que apenas 7% dos casos foram diagnosticados por meio do exame de contatos (BRASIL, 2018b). Para Hacker *et al.* (2012), a vigilância de contatos é a principal estratégia de detecção ativa para a descoberta de casos, uma vez que facilita o diagnóstico precoce, contribuindo para a quebra da cadeia de

transmissão, reduzindo, conseqüentemente, as deficiências que surgem em decorrência do atraso no diagnóstico (HACKER *et al.*, 2012).

Outro indicador que merece destaque é a taxa de detecção de casos, na população de zero a 14 anos, que tem como objetivo medir a força de transmissão recente da endemia e sua tendência (BRASIL, 2016a). Apesar de os boletins epidemiológicos demonstrarem redução na detecção de 50,7% de 2008 (2,1) a 2016 (1,1), o bacilo ainda permanece circulante na população brasileira, com uma taxa de detecção de 1,1 casos em crianças/ 100 mil habitantes, o que coloca o país com média endemicidade (BRASIL, 2018b).

Segundo Saltarelli e Seixas (2016), a magnitude e transcendência do problema nos indicadores brasileiros fizeram com que a eliminação da hanseníase fosse incluída no grupo das áreas estratégicas mínimas da APS, e devem ser desenvolvidas pelos municípios brasileiros a partir das diretrizes de descentralização e regionalização da assistência à saúde no país.

Nesse cenário, a principal estratégia para diminuição da carga da doença, baseia-se no princípio da descentralização, que propõe a integração das ACH na agenda das atividades da ESF, constituindo-se, assim, em uma rede de cuidados e atenção integral (SALTARELLI; SEIXAS, 2016). No entanto, as evidências científicas têm mostrado que há dificuldade por parte do serviço em desempenhar ações de controle da doença, e isso enfraquece a realização de estratégias eficazes de eliminação da endemia (ALVES *et al.*, 2017; BARBOSA *et al.*, 2014; LANZA *et al.*, 2014c; SAVASSI; MODENA, 2015).

Acredita-se que a descentralização é fundamental para facilitar o acesso aos serviços de saúde e promover a responsabilização das equipes pela integralidade do cuidado ao indivíduo com hanseníase, com o principal propósito de detectar precocemente os casos e diminuir as incapacidades físicas. No entanto, a hanseníase precisa ser tratada como prioridade não apenas pelo Estado, mas também pelos profissionais de saúde, e seu controle deve ser cobrado pela população por meio dos Conselhos Municipais de Saúde (SALTARELLI; SEIXAS, 2016).

Países como Arábia Saudita (ALOTAIBI; BAHAMMAMB; RAHMAN, 2016), Omã (AL AWAIIDY, 2017), Cuba (BELDARRAÍN-CHAPLE, 2017) e Índia (MUTHUVEL *et al.*, 2017) integraram ações de hanseníase em serviços de atenção primária. Em suma, o fortalecimento do desempenho da atenção primária no controle da hanseníase contribui para o sucesso na redução da carga de doenças e eliminação como um problema de saúde pública.

2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: HISTÓRICO, PERSPECTIVAS E DESAFIOS

Há algumas décadas, muito tem sido refletido na busca por mudanças no setor saúde. Destaca-se, a priori, a Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, que passou a considerar a saúde como um direito humano fundamental (ONU, 1948). A I Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde, realizada em 1978, na cidade de Alma-Ata, no Cazaquistão, trouxe também conquistas importantes para essa área. Desde então, diversos países, como Inglaterra, Canadá, Espanha e Cuba reorganizaram seus sistemas de saúde, priorizando uma assistência de fácil acesso, integral e continuada a ser desenvolvida junto à comunidade (BRASIL, 2011a).

Entretanto, no Brasil, somente 10 anos mais tarde, com o regime democrático e a busca pelo bem-estar social, a Constituição Brasileira de 1988 torna a saúde um direito de cidadania e origina a criação de um sistema público, universal e descentralizado de saúde (PAIVA; TEIXEIRA, 2014). A nova Constituição Brasileira estabelece que a "Saúde é direito de todos e dever do Estado", ou seja, todo brasileiro tem, garantido por lei, o acesso às ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde. Nesse processo, foi idealizado o SUS que tem por base os princípios doutrinários da universalidade, equidade e integralidade (BRASIL, 1991).

A partir desse período, várias iniciativas institucionais legais e comunitárias foram criando condições de viabilização do direito à saúde, de acordo com a Lei 8.080/90 - "Lei Orgânica da Saúde", promulgada pelo Ministério da Saúde que regulamenta o SUS (BRASIL, 1990a). Segundo essa Lei, a saúde não é só a ausência de doenças e é determinada por uma série de fatores presentes no dia a dia, tais como: alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, educação, lazer etc. Outra Lei, a 8.142/90, regulamenta a participação da comunidade na gerência do SUS através das Conferências e dos Conselhos de Saúde (BRASIL, 1990b).

Foram criadas, também, as Normas Operacionais Básicas (NOB) que é um instrumento jurídico-institucional editado periodicamente pelo Ministério da Saúde para aprofundar e reorientar a implementação do SUS; definir novos objetivos estratégicos, prioridades, diretrizes e movimento tático-operacional; regular as relações entre os seus gestores e normatizar o SUS (CORDEIRO, 1996).

Criada em 1994, a partir do Programa Saúde da Família (PSF), a ESF foi legitimada por meio da Portaria 648/06, como ação estruturante de reorientação e reorganização da Atenção Básica (AB) do SUS, tida como a principal porta de entrada de acesso ao sistema

(BRASIL, 2006). A ESF segue os princípios doutrinários (universalidade, integralidade e equidade) e organizativos (descentralização, hierarquização/regionalização e participação popular) do SUS (BRASIL, 2000). Ao longo dos anos de sua implementação, a ESF vem contribuindo com a redução das iniquidades, sobretudo, pela ampliação do acesso aos serviços básicos de saúde e vinculação das equipes junto aos indivíduos, famílias e comunidades na complexa tarefa de cuidar da vida (VIANA; DAL POZ, 1998).

Nesse contexto, o período é marcado por intensas transformações no modelo de assistência à saúde no Brasil. O PSF teve como propósito:

Contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da APS, em conformidade com os princípios do SUS, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população (BRASIL, 1997).

Além disso, vale destacar que a mudança no modelo assistencial vislumbrava a substituição da medicina curativa para atuar na integralidade da assistência, tratando o indivíduo como sujeito dentro da sua comunidade socioeconômica e cultural, considerando essa dimensão globalizante (LEVCOVITZ; GARRIDO, 1996).

À vista disso, a reorganização dos serviços aponta para práticas que projetam a assistência baseada na APS, configurando-se como prioridade o atendimento das necessidades de saúde dos diferentes grupos. Assim, torna-se oportuno o funcionamento das unidades conforme as prioridades dos usuários, em parceria com comunidades, para diminuir as barreiras de acesso e possibilitar a utilização dos serviços da APS como primeiro contato com o sistema de saúde (CUNHA; SILVA, 2010).

Ademais, os serviços de atenção primária estão associados a custos menores, maior satisfação dos usuários e melhores indicadores de saúde, mesmo em situações de grande iniquidade social (ZARLOTTI *et al.*, 2017).

A APS é caracterizada por um conjunto de valores – direito ao mais alto nível de saúde, solidariedade e equidade – um conjunto de princípios – responsabilidade governamental, sustentabilidade, intersetorialidade, participação social, entre outros – e como um conjunto indissociável de elementos estruturantes – atributos – do sistema de serviços de saúde: acesso de primeiro contato, integralidade, longitudinalidade, coordenação, orientação familiar e comunitária e competência cultural (BRASIL, 2010).

Segundo Starfield (2002), à atenção primária:

É o nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada para todas as necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. Assim, é definida como um conjunto de funções que, combinadas, são exclusivas da atenção primária. A atenção primária também compartilha características com outros níveis do sistema de saúde: responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos; atenção à prevenção, bem como ao tratamento e à reabilitação; trabalho em equipe (STARFIELD, 2002; p. 28).

A partir de 1991, Starfield, em um estudo clássico (STARFIELD, 1991), iniciou o desenvolvimento da formulação teórica e operacional dos atributos da APS em relação ao sistema de saúde e ao modelo de atenção. Foram definidos os atributos da qualidade do modelo, como o acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado, juntamente com competência cultural, orientação familiar e comunitária. A autora evidenciou a associação de uma APS forte com maior satisfação dos usuários com o sistema e com melhores resultados em saúde (STARFIELD; SHI, 2007).

Segundo Fracolli *et al.* (2014) e Ibañez *et al.* (2006), devido à escassez de pesquisas que avaliam o desempenho da APS, foi proposto o instrumento *Primary Care Assessment Tool* (PCATool- Brasil) (BRASIL, 2010) embasado na teoria sobre avaliação da qualidade da estrutura e processo dos serviços de saúde de Donabedian² (BRASIL, 2010; DONABEDIAN, 2005).

O PCATool- Brasil é de domínio público, consiste em um questionário estruturado que mede empiricamente os atributos essenciais e derivados da APS, mediante avaliação dos usuários, gestores e profissionais de saúde, tendo sido adaptado e validado no Brasil (BRASIL, 2010).

Tendo em vista a recente criação do SUS, torna-se oportuno realizar constantes e sistemáticas avaliações de programas e políticas de saúde instituídas no sistema. Considera-se que a avaliação deve ser parte do processo de trabalho em saúde, para propiciar mudanças em suas dimensões de produtividade, satisfação e realização pessoal dos profissionais e dos usuários, economia de meios e otimização de recursos (YAMAMOTO; MACHADO; SILVA JUNIOR, 2015).

² Donabedian (2005) propôs uma tríade de avaliação composta pela estrutura dos serviços de saúde, que verifica pontos relacionados aos recursos humanos, físicos, materiais, equipamentos e aspectos financeiros necessários à assistência; o processo, que avalia o modo de trabalho dos profissionais; e o resultado, que corresponde à condição de saúde da pessoa.

A necessidade de avaliação das ações na APS impôs a criação de órgãos encarregados de avaliar novas tecnologias, fundamentados na necessidade de informação sobre o funcionamento e a eficácia do sistema de saúde, baseado nas relações entre a intervenção em questão, com o contexto na qual está inserida e os resultados obtidos, exemplo de países, como Estados Unidos, Canadá, França e Austrália (HARTZ, 1997).

No Brasil, a partir de 2004, iniciativas federais começaram a sinalizar a importância de se monitorar a qualidade e a capacidade resolutiva da expansão da ESF. Pesquisas de avaliação e monitoramento com foco nos atributos da APS e propostas de autoavaliação da qualidade (BRASIL, 2005) são alguns exemplos. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), cujo primeiro ciclo teve início em 2012, faz parte das recentes iniciativas do MS para produzir mudanças nas condições de infraestrutura e funcionamento das unidades básicas de saúde, qualificar o acesso e o processo de trabalho na atenção básica por meio de processos contínuos de avaliação e incentivos financeiros (BRASIL, 2012a).

No entanto, na prática evidencia-se que não existe padronização de métodos avaliativos para desempenho e impacto da saúde pública; observam-se estudos que visaram demonstrar os efeitos da ESF, tanto nas ações em saúde, quanto como modelo de atenção existente (ALFRADIQUE *et al.*, 2009; LIMA-COSTA; TURCI; MACINKO, 2013; MACINKO; ALMEIDA, 2006).

Dessa forma, com insuficientes recursos, o SUS enfrenta problemas na manutenção da rede de serviços e na remuneração de seus trabalhadores, limitando os investimentos para a ampliação da infraestrutura pública, porém produziu conquistas e resultados significativos nessas três décadas (PAIM, 2018).

A consolidação da APS, nas últimas décadas representa um dos avanços mais relevantes do SUS, enquanto política pública e sistema de saúde universal no Brasil (FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018). Entre os principais avanços, encontram-se o aumento da oferta de ações e serviços de amplo espectro, redução da mortalidade em menores de 5 anos, diminuição das internações por condições sensíveis à APS, ampliação do acesso à atenção médica na ESF, avanços em ações programáticas típicas da atenção primária e expansão da saúde bucal (FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018).

A atenção primária é caracterizada por um conjunto de ações individuais e coletivas, abrangendo promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, é porta de entrada dos usuários ao serviço e é resolutiva a 85% das necessidades de saúde da população (BRASIL, 2017). Todavia, problemas de

dimensões político-institucional e organizacional da APS têm gerado indicadores de desempenho, por vezes, pouco efetivos (FACCHINI *et al.*, 2006). Porém, a APS vincula cerca de 60% da população brasileira às ESF, isso representa uma boa cobertura de saúde da população (PAIM, 2018).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi editada pela primeira vez em 2006, sendo principal documento orientador da APS no SUS. Assim estabelece as diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a ESF (BRASIL, 2017; MELO *et al.*, 2018). Porém, recentemente, a PNAB foi reformulada e críticas foram realizadas, principalmente as que se referem ao papel do ACS, à implantação de modo reducionista de uma relação de serviços essenciais e estratégicos na APS e às mudanças nas formas de financiamento das ESF e de equipes tradicionais de atenção básica, com fim da prioridade para o modelo assistencial da ESF (MELO *et al.*, 2018).

As mudanças ocorridas no cenário político causam impactos no modo de organização dos serviços de saúde, e essa nova política recém-editada pode gerar transformações no modelo de atenção, assim é de suma importância a avaliação contínua e sistemática dos serviços de saúde nesse cenário de mudanças. Além disso, torna-se oportuno monitorar o alcance dos princípios doutrinários e organizativos do SUS.

Segundo Andrade e Bragante (2018), são propostas e estratégias para a consolidação da APS como modelo assistencial:

- a) Universalização do acesso à APS resolutiva e de qualidade;
- b) Agentes Comunitários de Saúde: sujeitos da ação comunitária no território para a promoção da saúde;
- c) Financiamento suficiente e equitativo para a APS integral;
- d) Fortalecimento dos espaços democráticos de participação e controle social;
- e) Mediação de ações intersetoriais para incidir na determinação social, promover a saúde e reduzir as desigualdades;
- f) Gestão pública democrática, participativa e transparente;
- g) Formação de profissionais de saúde para a APS integral.

Para Paim (2018), a engenharia político-institucional criativa do SUS possibilitou um legado de avanços, como:

O fortalecimento no sistema de vigilância em saúde, na vigilância sanitária, na assistência farmacêutica, nos transplantes, no SAMU e no controle do tabagismo, do HIV/AIDS e da qualidade do sangue. O Programa Nacional de Imunizações é o maior do mundo, induzindo a autossuficiência de imunobiológicos (PAIM, 2018, p.1724).

Esses avanços no sistema de vigilância foram produzidos por meio da ampliação do acesso aos serviços de saúde. O acesso envolve a localização da unidade de saúde próxima à população que atende, os horários e dias em que está aberta para atender, o grau de tolerância para consultas não agendadas e o quanto a população percebe a conveniência desses aspectos do acesso (STARFIELD, 2002).

A ampliação do acesso aos serviços de saúde da APS trouxe também desafios, dentre os quais, a necessidade de ampliação do investimento financeiro para a continuidade do atendimento em saúde pelo SUS, pois as falhas na assistência geram crescentes busca pelo setor privado de saúde, exigindo qualidade e eficácia do SUS para permanecer como modelo hegemônico de assistência (MELO *et al.*, 2017). Para Facchini, Tomasi e Dilélio (2018, p. 213), outros problemas estão presentes, como:

Dificuldades estruturais e de provisão de pessoal, a organização dos serviços, a gestão da ESF e a prática profissional de suas equipes padecem de um problema sistêmico de incompletude da oferta de ações e de cuidados de saúde, apesar da disponibilidade de padrões de referência, diretrizes, metas e protocolos de trabalho.

Além disso, Melo *et al.* (2017) ressaltam a necessidade de conscientização da comunidade sobre seu papel de fiscalizador de um sistema que, na teoria, é ideal, mas que necessita ter uma operacionalização condizente com suas diretrizes.

Destaca-se, como alternativa para superar os limites do acesso à conveniência do horário de funcionamento dos serviços de APS, refletir a formatação e organização desses espaços no que diz respeito ao tempo de espera para as consultas; aos profissionais e especialidades disponíveis; ao desenvolvimento de práticas de acolhimento e da política de humanização e, ainda, a qualidade técnica do cuidado (CUNHA; SILVA, 2010).

Fatores organizacionais relacionados ao processo de trabalho da eSF também podem prejudicar o acesso do usuário aos serviços de APS e gerar aumento de patologias que, por falta de diagnóstico e controle oportuno, podem agravar e ter resolutividade apenas no nível hospitalar (ELIAS; MAGAJEWSKI, 2008). Tal questão prejudica a credibilidade da ESF como ponto central do cuidado e traz, como consequência, a escolha de hospitais como porta de entrada é preciso investimentos para contribuir na melhoria da efetividade da APS, com enfrentamento permanente de questões complexas que incidem sobre a qualidade dos serviços e ações de saúde (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2018).

Artigo de revisão sistemática sobre satisfação dos usuários da APS demonstrou que os usuários das Unidades Básicas de Saúde (UBS) avaliaram como insatisfatório o atributo

acesso de primeiro contato, considerados fundamentais para uma atenção à saúde mais equânime (PAULA *et al.*, 2016). Outra constatação importante é que Protasio *et al.* (2017) verificaram que, para o usuário, resolver seus problemas na UBS e sentir-se respeitado pelos profissionais de saúde são os fatores mais importantes, em todas as regiões do Brasil, no que concerne à sua satisfação.

Mesmo diante das afirmações sobre o impacto e a ampliação da cobertura da ESF, persiste o desafio de superar as desigualdades, em termos de acesso e qualidade da atenção. Dentre as dificuldades na educação permanente estão questões de formação, gerenciais, institucionais e relativas aos processos de trabalho (MOREIRA *et al.*, 2017).

O fator territorial/geográfico também se configura como um dos principais coadjuvantes para as desigualdades no acesso à atenção primária, bem como na utilização dos serviços desta entre as regiões brasileiras (GARNELO *et al.*, 2018). Evidências demonstravam que as regiões Norte e Nordeste eram as mais afetadas por escassez grave de médicos, com disparidades acirradas ao comparar capital e interior dos Estados (CONILL, 2008; FACCHINNI *et al.*, 2006)

Outro conceito essencial que envolve a discussão da dimensão acessibilidade de primeiro contato é o atributo porta de entrada. Esse atributo implica acesso e uso do serviço de atenção primária a cada novo problema ou novo episódio de um problema para o qual pessoas buscam atenção à saúde (STARFIELD, 2002, p.61), sempre como o primeiro atendimento procurado, exceto nos casos de urgência (ALMEIDA; MACINKO, 2006).

Revisão sistemática que teve como objetivo analisar a avaliação dos atributos da APS feita por usuários de unidades básicas de saúde brasileiras, mediante utilização de adaptações do instrumento PCATool- Brasil, observou que, no atributo acesso de primeiro contato, em geral, os estudos evidenciaram baixos escores (PAULA *et al.*, 2016).

As dimensões acessibilidade e porta de entrada constituem alguns dos atributos necessários à APS. Segundo Paula *et al.* (2016), a própria PNAB (BRASIL, 2017) cita o termo ao dizer que a Atenção Básica deve ser “o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde”. Assim, o alto desempenho da porta de entrada pode apontar que, ainda que haja dificuldades estruturais quanto ao acesso aos serviços avaliados, os usuários reconhecem os serviços de atenção primária como sua primeira fonte de atenção à saúde (PRATES *et al.*, 2017).

Segundo Starfield (2002, p. 63), a “coordenação (integração) da atenção requer alguma forma de continuidade, seja por parte dos profissionais, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além de reconhecimento de problemas (um elemento processual)”. A

essência da coordenação é a disponibilidade de informações a respeito de problemas e serviços anteriores e o reconhecimento daquela informação, na medida em que está relacionada às necessidades para o presente atendimento (STARFIELD, 2002).

No que tange à coordenação, o maior obstáculo identificado que a impede está relacionado à falta de comunicação com os especialistas, os quais não disponibilizam informações úteis sobre os pacientes, além disso, qualificação do processo de trabalho, principalmente, no que se refere à comunicação entre os diversos níveis de atenção (LEANDRO; MONTEIRO, 2017).

Além disso, tem-se como perspectiva a prática de educação permanente que permite promover mudanças no processo de trabalho, viabilizar a formação crítico reflexiva dos profissionais de saúde, fortalecer a participação social e aproximar a gestão das questões locais de saúde, comprovando que pode ser considerada uma prática avaliativa amistosa à integralidade (YAMAMOTO, MACHADO, SILVA JUNIOR; 2015).

No que concerne à coordenação do cuidado, estudo realizado no Reino Unido evidenciou que a comunicação entre os níveis de atenção e gestão clínica adequada, tem potencial de produzir satisfação do paciente, qualidade da assistência e melhor avaliação das necessidades em saúde (GOLDTHORPE *et al.*, 2018).

Dessa maneira, é preciso aprimorar a resolutividade da APS, partindo do princípio das mudanças no processo de trabalho, garantir a sustentabilidade da assistência, manter a qualidade e a cobertura dos serviços de forma a permitir o controle permanente das doenças (SMITH, 2010).

Outro desafio inerente é a reprodução do modelo médico hegemônico, centrado mais na doença que na saúde, no tratamento que na prevenção ou promoção, no hospital e nos serviços especializados, e menos na comunidade, no território e na atenção básica (PAIM, 2018).

Ao lado dos desafios relacionados com a melhoria da estrutura dos serviços, a qualificação de processos de organização e gestão do cuidado por equipe multiprofissional é essencial para aumentar a efetividade da ESF, considerando seu efeito mediador na atenção à saúde (FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018).

Para Starfield (2002), a variedade de serviços que estão disponíveis deveria consistir de um núcleo que se aplicaria a cada população e serviços adicionais que estariam disponíveis para atender a necessidades especiais que são comuns na população atendida.

A falha em reconhecer as necessidades e problemas é manifestada através de um subdiagnóstico sistemático dos problemas sabidamente comuns na população de pacientes ou pela evidência de falta de recebimento de serviços indicados naquela população (STARFIELD, 2002, p. 63).

Estudos utilizando o PCATool- Brasil evidenciam diferentes desempenhos do atributo “integralidade” (PAULA *et al.*, 2016; PRATES *et al.*, 2017). Desta forma, o conhecimento dos aspectos relacionados à integralidade dos serviços prestados e disponíveis permitiria elaborar planos de cuidado que atendessem às reais necessidades do usuário e, indiretamente, contribuiria na melhoria da qualidade dos serviços de saúde prestados (PAULA *et al.*, 2016).

O bom desempenho da integralidade carece de constantes investimentos em recursos físicos, materiais e humanos, o que requer atribuir à APS sua real significância e não a caracterizar como um serviço de baixa complexidade e que demande baixo investimento (MENDES, 1996). No entanto, o subitem integralidade serviços prestados mostrou um melhor desempenho, evidenciando uma maior capacidade das unidades em oferecerem bem os serviços prestados do que uma variedade maior (PRATES *et al.*, 2017).

A integralidade é o princípio do SUS mais diretamente conectado com os esforços para definir o padrão de qualidade da ESF, alimentando um ciclo virtuoso com a universalização e a equidade dos cuidados ofertados (FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018). Além disso, superar a fragmentação e incompletude das práticas clínicas e de promoção da saúde é um dos mais urgentes desafios para melhorar a qualidade da AB no Brasil (TEIXEIRA *et al.*, 2014).

A atenção primária deve fortalecer sua capacidade de reconhecer necessidades em saúde e de responder de forma mais oportuna e adequada, seja no âmbito de sua intervenção, seja em outros pontos de atenção dentro do sistema de saúde e no diálogo com outras políticas intersetoriais (BROCADO *et al.*, 2018).

Para Starfield (2002, p. 62):

A longitudinalidade pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo. Assim, a unidade de atenção primária deve ser capaz de identificar a população eletiva, bem como os indivíduos dessa população que deveriam receber seu atendimento da unidade, exceto quando for necessário realizar uma consulta fora ou fazer um encaminhamento. Além disso, o vínculo da população com sua fonte de atenção deveria ser refletido em fortes laços interpessoais que refletissem a cooperação mútua entre as pessoas e os profissionais de saúde.

A continuidade da atenção é outra expressão utilizada frequentemente para descrever o quanto os pacientes consultam com o mesmo profissional ou visitam a mesma unidade entre uma consulta e outra ou mesmo em um determinado período de tempo (STARFIELD, 2002, p. 62).

O atributo longitudinalidade, pertencente à categoria processo (Donabedian, 1988) que apresentou a terceira melhor avaliação em uma revisão sistemática realizada por Prates *et al.* (2017). O emprego do termo vínculo pela PNAB define como “a criação de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde construído ao longo do tempo, possibilitando o aprofundamento do processo de responsabilização pela saúde e, ademais, possuindo potencialidade terapêutica” (BRASIL, 2017). Essa definição de uma população adscrita, característica da APS, e a universalização do acesso à saúde no Brasil pela expansão da ESF podem ser variáveis que explicam o bom desempenho da longitudinalidade (PAULA *et al.*, 2016).

A orientação para a comunidade, para Starfield (2002, p. 487) é entendida como:

Alto grau de integralidade da atenção geral. Todas as necessidades relacionadas à saúde dos pacientes ocorrem em um contexto social; o reconhecimento dessas necessidades frequentemente requer o conhecimento do contexto social. Os pacientes podem não perceber que necessitam de serviços de saúde porque lhes falta conhecimento a respeito da importância de uma estratégia preventiva ou porque não percebem que um problema tem uma base médica ou pode ser passível de intervenções médicas. Um entendimento da distribuição das características de saúde na comunidade e dos recursos disponíveis fornece uma forma mais extensa de avaliar as necessidades de saúde do que uma abordagem baseada apenas nas interações com os pacientes ou com suas famílias.

Em relação ao atributo derivado orientação comunitária, a avaliação de desempenho foi aquém daquela considerada adequada, em quase totalidade dos estudos (PAULA *et al.*, 2016). Essa mesma autora relata que seria de se esperar que as ESF apresentassem escores mais elevados nessa dimensão, uma vez que essa estratégia deve privilegiar a participação dos usuários e o controle social. No entanto, na prática, observa-se pouco engajamento social da população, seja pelo fato de desconhecer esse papel fiscalizador e ativo, seja devido ao próprio desinteresse da comunidade.

O atributo orientação profissional não integra o elenco dos atributos da APS propostos por Starfield (2002). Essa dimensão foi proposta por Almeida e Macinko (2006), uma vez que no Brasil os profissionais que atuam na APS possuem acesso a programas específicos de capacitação profissional.

A expressão “formação profissional”, segundo Almeida e Macinko (2006), pressupõe que a atenção básica seja uma área de “especialização” que requer formação específica. Assim é necessário que os profissionais de saúde sejam capacitados para desempenhar suas funções, segundo os atributos da APS (ALMEIDA; MACINKO, 2006). Em relação a profissionais da atenção primária, estes devem integrar a atenção para a variedade de problemas de saúde que os indivíduos apresentam com o tempo (STARFIELD, 2002).

Para a renovação da APS e a consolidação da rede de atenção, faz-se essencial o aprimoramento dos processos educacionais na graduação e pós-graduação, com a formação voltada à APS (PAULA *et al.*, 2016). Além de incentivo a sistemas de educação permanente aos profissionais de saúde, através de metodologias inovadoras, ativas, centradas no estudante e não na figura do professor (OPAS, 2011).

A centralização na família resulta quando o alcance da integralidade fornece uma base para a consideração dos pacientes dentro de seus ambientes, quando a avaliação das necessidades para a atenção integral considera o contexto familiar e sua exposição a ameaças à saúde e quando o desafio da coordenação da atenção se defronta com recursos familiares limitados (STARFIELD, 2002, p.487).

A perspectiva da centralização na família ou orientação familiar vai ao encontro das diretrizes brasileiras e à atual estratégia adotada pelo país para reforçar a atenção primária como porta preferencial do serviço de saúde. A prerrogativa do modelo de assistência em saúde vigente no Brasil é o de Vigilância em Saúde, no qual o indivíduo está inserido em um contexto que determina suas condições de saúde. A principal estratégia adotada pelo Ministério da Saúde é a ESF, que tem como enfoque principal a família e o reconhecimento de seus determinantes sociais.

2.3 DESEMPENHO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NAS AÇÕES DE CONTROLE DA HANSENÍASE

A maioria dos casos de hanseníase é detectada em países em desenvolvimento (WHO, 2018) e isso exige organização dos sistemas de saúde para eliminação da doença como problema de saúde pública. Países, como Arábia Saudita (ALOTAIBI; BAHAMMAMB; RAHMAN, 2016), Omã (AWAIDY, 2017), Cuba (BELDARRAÍN-CHAPLE, 2017) e Índia (MUTHUVEL et al., 2017) integraram as ações de hanseníase nos serviços de atenção primária. Em suma, o fortalecimento da atuação da APS no controle da hanseníase contribui para o êxito na diminuição da carga da doença e eliminação como problema de saúde pública.

A ESF enfatiza as práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças, buscando uma boa resolubilidade dos problemas mais comuns da população, priorizando várias áreas específicas de atuação na adscrição do território, como controle da hipertensão arterial e da diabetes, controle da tuberculose, prevenção de câncer de colo de útero, e outras (RODRIGUES *et al.*, 2015; BRASIL, 2017). Dentre essas, podemos destacar o controle da hanseníase, uma doença que vem se configurando cada vez mais como um problema de saúde pública e um desafio para profissionais e gestores de saúde pela sua elevada prevalência e pelo impacto negativo que causa na saúde da população (BRASIL, 2008). O modelo de atenção à saúde, baseado na organização do trabalho em equipe multiprofissional, tendo como foco a organização do trabalho e a prestação de serviços à família e à comunidade em que os usuários vivem, tende a apresentar bons resultados em termos de serviços de saúde efetivo e de qualidade para a população usuária (SILVA; BARBOSA; ROCHA, 2015).

Dessa forma, a integração da hanseníase na APS é considerada a melhor estratégia para eliminação e controle da doença, para o diagnóstico precoce e melhoria na qualidade do atendimento aos acometidos, facilitando o acesso ao tratamento, à prevenção de incapacidades e a diminuição do estigma e da exclusão social (DIAS; PEDRAZZANI, 2008; BRASIL, 2016a). Em face da necessidade de fortalecimento das ACH, o MS reforça a recomendação para que a APS ofereça atenção continuada e integral para casos, contatos e famílias, coordenando a rede, de acordo com as necessidades, realizando ações de mobilização para favorecer o diagnóstico e redução do estigma (BRASIL, 2017; BRASIL, 2016a).

A alta capilaridade da APS demonstra potencial em fortalecer as ACH, sendo provável o primeiro contato da pessoa com manchas na pele, e também, o nível de cuidados para a realização de educação em saúde é capaz de alertar a comunidade sobre os sinais e sintomas da hanseníase.

Pesquisas evidenciaram que a APS tem dificuldade em desempenhar as ações da doença, que se relacionam à rotatividade dos profissionais, escassez de ações de detecção precoce dos casos (SALTARELLI; SEIXAS, 2016), desconhecimento dos sinais e sintomas pela população e profissionais (RIBEIRO *et al.*, 2017), negligência na priorização da doença pela gestão política (SALTARELLI; SEIXAS, 2016), e insuficiência nas capacitações (SOUSA; SILVA; XAVIER, 2017a; 2017b; NETA *et al.*, 2017).

Apesar dos poucos registros de pesquisas avaliando a relação entre os indicadores epidemiológicos e a qualidade da APS (SALTARELLI; SEIXAS, 2016), constata-se que a integração das ACH na atenção primária é capaz de ampliar o acesso, possibilitando o fortalecimento das ações (GOMES *et al.*, 2017). As barreiras na consolidação da APS como porta de entrada impedem a eliminação da doença como problema de saúde pública, e consequentemente, distanciamento das metas propostas na Estratégia Global para Hanseníase (WHO, 2016b).

Dessa maneira, avaliar a qualidade da atenção primária na realização das ACH significa identificar as fragilidades e as potencialidades do SUS, pois permite retratar a efetividade da atenção prestada e sua repercussão direta na saúde da população (BRASIL, 2010; LANZA *et al.*, 2014b; 2014c). Diversos estudos de avaliação centram-se em análises de tendência epidemiológica utilizando indicadores de monitoramento (BRASIL, 2016a) da endemia preconizados pelo Ministério da Saúde (ARAÚJO *et al.*, 2017; GOMES *et al.*, 2017; SCHNEIDER; FREITAS, 2018).

No entanto, destaca-se o estudo desenvolvido em município prioritário do Nordeste brasileiro que analisou o comportamento temporal dos indicadores de monitoramento e avaliou a relação com a qualidade dos serviços de hanseníase, evidenciando associação significativa entre a melhoria dos indicadores e os esforços no enfrentamento à endemia (SOUZA; MATOS, 2017). Evidencia-se que a qualidade das ações desenvolvidas pela eSF tem influência no panorama endêmico da hanseníase, e o modo como a rede de atenção se organiza impacta no processo de trabalho, tornando-se importante correlacionar a avaliação da APS com a situação epidemiológica (NETA *et al.*, 2017; RIBEIRO *et al.*, 2017).

A estruturação de sistemas de saúde baseados na APS é uma tendência mundial, alicerçada sob a ótica dos seus atributos essenciais – a saber: acessibilidade, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado – e seus aspectos derivativos: o foco na comunidade, o centrar na família e a competência cultural (STARFIELD, 2002).

Os conceitos da integralidade, da longitudinalidade e da coordenação do cuidado correlacionam-se com as necessidades da pessoa ao longo do processo evolutivo da doença: a APS fará a atenção longitudinal, reconhecendo as necessidades de tratamento da hanseníase, de prevenção de incapacidades, de abordagem de suas complicações, por vezes por equipe multiprofissional; o fará coordenando seu cuidado, em especial naquele paciente que demanda cuidado hospitalar por crises e reativações, ou acesso a especialistas, utilizando informações destes serviços para construir o melhor plano terapêutico (SAVASSI; MODENA, 2015, p.4).

O MS adotou o instrumento PCATool- Brasil (BRASIL, 2010) como forma de avaliar os atributos da APS. Ao acompanhar as tendências dos estudos de avaliação, encontra-se, nesse contexto, o PCAT- hanseníase (LANZA *et al.*, 2014a; 2014b; 2014c; LANZA; LANA, 2014). Baseado nos atributos da atenção primária, o PCAT- hanseníase permite avaliar o grau de orientação da APS para as ACH (LANZA; LANA, 2014). Destaca-se que os instrumentos de avaliação da atenção primária possuem a mesma metodologia teórica e de análise, ambos baseados na avaliação da APS por meio do conhecimento dos atributos.

O PCAT- hanseníase é baseado nos atributos essenciais – porta de entrada, acesso, integralidade dos serviços prestados e disponíveis, atendimento continuado e coordenação; e pelos atributos derivados – orientação comunitária, familiar e profissional.

De acordo com Starfield (2002, p.61), a porta de entrada implica o acesso e uso do serviço de atenção primária a cada novo problema ou novo episódio de um problema para o qual as pessoas buscam atenção à saúde. Os itens que compõem a “porta de entrada” no PCAT- hanseníase são questões relacionadas à busca da APS como primeiro local de atendimento, no caso de suspeita da doença, exame de contatos, prevenção de incapacidades físicas, complicações e em situações que necessitem de encaminhamento para serviço especializado (LANZA; LANA, 2014).

Para que a atenção primária torne-se porta de entrada do SUS, alguns obstáculos necessitam ser superados e, em particular, a hanseníase que é uma doença culturalmente negligenciada, estratégias específicas devem ser utilizadas como forma de qualificar a porta de entrada. Estudos recentes demonstraram que a APS é porta de entrada no que concerne à política de hanseníase dos municípios avaliados (LANZA; LANA, 2014; SOUSA; SILVA; XAVIER, 2017a; VIEIRA *et al.*, 2019; 2018; VIEIRA; LANA, 2015). Revisão sistemática que avaliou os estudos do PCATool- Brasil demonstram alto desempenho, isso sugere que o usuário busca a atenção primária quando necessário (BRASIL, 2010), dessa maneira, a boa avaliação aponta que, mesmo tendo dificuldades estruturais, os usuários reconhecem a APS como primeiro local de escolha (PRATES *et al.*, 2017).

Entretanto, outro estudo evidenciou que a ESF é porta de entrada para os pacientes de hanseníase, porém apresenta capacidade operacional reduzida, o que revela um movimento enfraquecido, no sentido da descentralização das ACH (RIBEIRO; LANA, 2015). Para Dias e Pedrazzani (2008), a integração dos programas de controle da hanseníase na APS é considerada a melhor estratégia para eliminação da doença, por proporcionar o diagnóstico precoce e melhoria na qualidade do atendimento aos acometidos, facilitando o acesso ao tratamento, prevenção de incapacidades e diminuição do estigma.

Para Araújo *et al.* (2016), todos os serviços de saúde que se configuram como porta de entrada devem estar devidamente preparados e capacitados para a confirmação da hanseníase, o acompanhamento e o controle do paciente no pós alta e integrar os serviços que compõem a rede de atenção.

Outro atributo essencial que integra o PCAT- hanseníase é o “acesso”, que é entendido como o uso oportuno de serviços de saúde para alcançar melhores resultados, é a forma como a pessoa experimenta essa característica (STARFIELD, 2002, p. 225). Para Starfield (2002), o acesso envolve a localização da unidade de saúde próxima da população, os horários e dias de funcionamento, o grau de tolerância para consultas não agendadas e o quanto a população percebe essas características. No PCAT- hanseníase, os itens do “acesso” refletem a localização das unidades de APS no território, período de funcionamento, tolerância no atendimento, e em casos de hanseníase, se há priorização do atendimento num quadro de suspeita, bem como agendamento de dose supervisionada e assistência em 24 horas no caso de complicações (LANZA; LANA, 2014).

Em relação ao acesso, revisão sistemática realizada com estudos do PCATool- Brasil demonstrou baixo desempenho, podendo ser reflexo de barreiras geográficas e organizacionais dos serviços em APS, como reduzido horário de funcionamento das unidades, dificuldades encontradas para marcação de consultas e tempo de espera na unidade para ser atendido (PRATES *et al.*, 2017). No que concerne à hanseníase, pesquisa demonstrou que problemas de deslocamento até as unidades de saúde, devido à condição física, os casos foram diagnosticados, em sua maioria, com grau 2 de incapacidade física (RIBEIRO; LANA, 2015).

Além disso, o acesso aos sistemas de saúde é fundamental, visto que o diagnóstico é eminentemente clínico e seu tratamento não exige custos elevados nem instrumentos de maior complexidade tecnológica (SAVASSI; MONDENA, 2015). Estudos com o PCAT- hanseníase, em geral, demonstraram real problema no acesso, uma vez que houve fraca orientação da atenção primária na hanseníase (LANZA; LANA, 2014; SOUSA; SILVA; XAVIER, 2017a; VIEIRA; LANA, 2015). Dessa maneira, o acesso é primordial para a

realização da detecção precoce, pilar no que se refere à eliminação da hanseníase como problema de saúde pública.

Pesquisa que teve como objetivo comparar a presença e extensão dos atributos da atenção primária no geral e no desempenho da hanseníase constatou fraca orientação, tanto na APS como nas ações da doença (VIEIRA *et al.*, 2019). A presença de obstáculos no acesso pode retardar o diagnóstico precoce e o acompanhamento de casos. Para Gomes *et al.* (2017), apesar das políticas de melhoria do acesso aos serviços de saúde e das condições de vida da população, observou-se a persistência de municípios hiperendêmicos em Minas Gerais.

Evidencia-se como desafios da APS para o acesso ao diagnóstico e tratamento da hanseníase:

A falha da disponibilização de recursos humanos, físicos e financeiros, o tempo para locomoção e custo elevado com transporte, trabalho fragmentado da equipe multiprofissional, falta de capacitação dos profissionais de saúde, falta de divulgação dos sinais e sintomas da hanseníase para a população, falta de educação permanente em saúde e atendimento centralizado (ARAÚJO *et al.*, 2016, p.79).

Em resumo, é preciso investir em um agregado de ações que realmente causem impacto na redução da endemia no país. Estudo realizado na Índia demonstrou que a persistência de alta endemicidade em crianças pode estar relacionado ao acesso inadequado aos serviços, pouco conhecimento da população e alta vulnerabilidade social (GHUNAWAT *et al.*, 2018).

No entanto, a identificação de lacunas na operacionalização da atenção às pessoas atingidas pela doença, traduz uma relativa negligência em relação à hanseníase como condição crônica e o conseqüente distanciamento de uma abordagem integral (BARBOSA *et al.*, 2014). Para Rodrigues *et al.* (2016), somente a integralidade do cuidado tem poder de gerar ações transformadoras para os pacientes, uma vez que a abordagem integral baseada na equidade e na realização de um atendimento individualizado, contribuem sobremaneira para a eliminação da hanseníase no Brasil.

Estudo que utilizou como fonte de dado o PMAQ- AB constatou que o usuário quando consegue resolver seus problemas na unidade e sentir-se respeitado pelos profissionais de saúde são fatores importantes para a satisfação, assim a assistência humanizada tem mais impacto na qualidade do que às condições estruturais e de funcionamento das unidades. (PROTASIO *et al.*, 2017).

Com o objetivo de reorientar a atenção à saúde no SUS, a eSF precisa ter suas unidades funcionando, conforme as necessidades dos usuários, em parceria com as

comunidades, para diminuir as barreiras de acesso e possibilitar a utilização dos serviços da APS como primeiro contato com o sistema de saúde (CUNHA; SILVA, 2010).

O mais recente programa de avaliação em saúde executado no país é o PMAQ-AB, que abarca dentre suas diretrizes, estimular a orientação dos serviços em função das necessidades e da satisfação dos usuários. Os fatores associados à satisfação do usuário com os serviços de Atenção Básica relacionam-se à resolução de problemas na própria unidade de saúde e sentir-se respeitado pelos profissionais, demonstrando que a assistência humanizada tem mais impacto que as condições estruturais e de funcionamento das unidades de saúde. (PROTASIO *et al.*, 2017).

Desde a década de 1990, a assistência foi difundida em todos os níveis de atenção e serviços de saúde, e desde os anos 2000 o Ministério da Saúde preconiza que a atenção básica seja o principal ponto de atenção para o diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos casos de hanseníase (NARDI *et al.*, 2012). A descentralização melhorou a detecção de casos de hanseníase, com aumento no registro dos mesmos (CUNHA *et al.*, 2007). A integração da atenção à hanseníase na APS é um dos meios para se atingir a promoção da saúde para hanseníase (LANA *et al.*, 2014).

A integralidade implica que as unidades de atenção primária devem fazer arranjos para que o paciente receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde, mesmo que alguns possam não ser oferecidos eficientemente dentro delas (STARFIELD, 2002, p. 62). Do ponto de vista da autora, a integralidade deve ser avaliada sob dois aspectos principais, em um primeiro ponto a disponibilidade de serviços, enquanto em outros foi determinada a extensão em que os serviços necessários foram prestados. Para Starfield (2002), a variedade de serviços que estão disponíveis deveria consistir em um núcleo que se aplicaria a cada população e serviços adicionais que estariam disponíveis para atender necessidades especiais que são comuns na população atendida.

Deste modo, no PCAT- hanseníase há uma série de itens referentes a serviços que podem ou não estar disponíveis para o paciente no local onde o entrevistado lhe provê a atenção primária e dentre os serviços estão a vacinação, políticas em todos os ciclos vitais, atenção à saúde mulher, tabaco, assistência a doenças crônicas e endêmicas, política de promoção da saúde e atendimento bucal, ou seja, o rol de ações e serviços desenvolvidos no serviço de APS (BRASIL, 2010; LANZA; LANA, 2014).

A integralidade dos serviços prestados, os itens desse componente visam identificar assuntos que são abordados pelo profissional entrevistado em suas consultas (BRASIL, 2010). No PCAT- hanseníase, Lanza e Lana (2014) consideraram as ações preconizadas na política

de enfrentamento, como a realização da suspeição de casos, diagnóstico, acompanhamento, exame de contatos, tratamento de complicações e seguimento após alta por cura (BRASIL, 2016a).

Outro atributo que compõe o PCAT- hanseníase é o atendimento continuado, que descreve o quanto os pacientes consultam com o mesmo profissional ou visitam a mesma unidade entre uma consulta e outra ou em um determinado período de tempo (STARFIELD, 2002, p. 62). Os itens deste atributo referem-se à criação de vínculo entre o paciente de hanseníase e a equipe de referência, conhecimento dos profissionais quanto às medicações, o histórico do paciente, nível de compreensão das orientações fornecidas durante a consulta e também o quanto a doença afeta a realização de atividades de vida diária (LANZA; LANA, 2014).

Estudos realizados com o PCAT- hanseníase demonstraram forte orientação da APS para o atendimento continuado (LANZA; LANA, 2014; SOUSA; SILVA; XAVIER, 2017a; VIEIRA *et al.*, 2018; VIEIRA; LANA, 2015;). Essas evidências sugerem um olhar diferenciado para os casos acompanhados na APS, em que há a presença do vínculo, aproximando a equipe do contexto familiar (VIEIRA *et al.*, 2019).

É oportuno que o serviço de APS tenha a capacidade de integrar e assegurar a continuidade do cuidado ao indivíduo, conferido pelo atributo da coordenação, que funciona como um instrumento de articulação e integração entre os vários sujeitos e instituições, necessitando de que, nos diversos níveis de atenção, utilizem estratégias que potencializem um fluxo contínuo de diálogo, principalmente entre os profissionais (REICHERT, 2016).

Para Girão *et al.* (2017), a colaboração interprofissional não se efetiva e não existem espaços formais para diálogo e discussão de caso, sendo consequência da centralização. Segundo, Schang, Waibel e Thomson (2013), para assegurar a coordenação do cuidado é necessário definir de metas compartilhadas entre o sistema de saúde (níveis primário, secundário e terciário); mecanismos de comunicação entre profissionais; desenvolvimento de uma cultura comum e de liderança orientadas ao trabalho em equipe; e fortalecimento da atenção primária como base do sistema de saúde.

Estudo brasileiro que utilizou o PCATool-Brasil sugeriu que mudanças na organização dos serviços, maior responsabilização e vinculação, por parte dos profissionais de saúde, é outro aspecto positivo para melhorias no atendimento à população (MORAIS; NOGUEIRA; MORAIS, 2017). Entretanto, no que tange à hanseníase, observa-se uma conduta de afastamento que pode estar associada ao preconceito dos profissionais de saúde que não

querem se responsabilizar pela atenção à doença como forma de não criar vínculo ou de se tornar referência para o atendimento dos pacientes (LANA *et al.*, 2014).

Tem-se observado que as ações vêm sendo realizadas por serviços de referência centrados na doença e distantes dos princípios do SUS, isso afasta a APS como estratégia de reorientação do modelo de assistência. Para Saltarelli e Seixas (2016, p.620):

Os fatores necessários para a implantação das ACH nas unidades de ESF, em acordo com vários estudos analisados, são: a priorização desse agravo na política municipal de saúde; o comprometimento dos gestores; a presença de profissionais de saúde capacitados e empenhados na realização das ações de controle da doença; a disponibilização de instrumentos para a realização do exame dermatoneurológico; o oferecimento do exame baciloscópico e a disponibilização de recursos para a divulgação dos sinais e sintomas da hanseníase para a população.

A coordenação pressupõe alguma forma de continuidade, seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários, além de reconhecer os problemas abordados em outros serviços e a integração deste cuidado no cuidado global do paciente (STARFIELD, 2002). No PCAT- hanseníase, os itens da coordenação compreendem a formulários de notificação, avaliação neurológica simplificada, acompanhamento dos contatos e a existência de protocolos de atendimento (LANZA; LANA, 2014). Além disso, o instrumento avalia a capacidade dos profissionais de articular e acompanhar o paciente, em caso de encaminhamento para especialista.

Em geral, os estudos que avaliaram o atributo “coordenação” evidenciaram forte orientação da APS na atenção à hanseníase (LANZA; LANA, 2014; SOUSA; SILVA; XAVIER, 2017a; VIEIRA *et al.*, 2019; 2018; VIEIRA; LANA, 2015).

O PCAT- hanseníase também é composto pela orientação comunitária, reconhecimento por parte do serviço de saúde das necessidades em saúde da comunidade, através de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade; sua relação com ela, assim como o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços (STARFIELD, 2002). A orientação para a comunidade, para Starfield (2002, p. 487) é entendida como:

Alto grau de integralidade da atenção geral. Todas as necessidades relacionadas à saúde dos pacientes ocorrem em um contexto social; o reconhecimento dessas necessidades frequentemente requer o conhecimento do contexto social. Os pacientes podem não perceber que necessitam de serviços de saúde porque lhes falta conhecimento a respeito da importância de uma estratégia preventiva ou porque não percebem que um problema tem uma base médica ou pode ser passível de intervenções médicas. Um entendimento da distribuição das características de saúde na comunidade e

dos recursos disponíveis fornece uma forma mais extensa de avaliar as necessidades de saúde do que uma abordagem baseada apenas nas interações com os pacientes ou com suas famílias.

Na ferramenta de avaliação, os itens da orientação comunitária referem-se ao conhecimento da situação epidemiológica da hanseníase no território, a realização de atividades e ações de detecção precoce de casos, a divulgação dos sinais e sintomas na comunidade, bem como o estabelecimento de parcerias intersetoriais (LANZA; LANA, 2014).

Estudo qualitativo que avaliou o conhecimento dos enfermeiros sobre as ACH evidenciou que os participantes nunca realizaram atividades educativas sobre as ações da doença (RODRIGUES *et al.*, 2015). Para Srinivas *et al.* (2018), a educação da sociedade civil deve ser um processo contínuo, a realização de ações esporádicas apresenta pouca efetividade. Além disso, aumentar a conscientização da comunidade e dos profissionais sobre os sinais e sintomas da hanseníase, especialmente direcionados a áreas de alta endemicidade, são pontos importantes para a transmissão da doença (MUTHUVEL *et al.*, 2017).

Pesquisa realizada no Nepal demonstrou que é preciso realizar programas de conscientização alinhados com as características sociodemográficas da população, uma vez que isso permitiria melhorar o conhecimento da comunidade sobre a hanseníase (SINGH; SINGH; MAHATO, 2019). Assim, é necessário implementar diferentes abordagens pedagógicas, em especial, a utilização de ex- pacientes acometidos pela hanseníase, torna-se uma importante estratégia de fortalecer a conscientização da doença (CORREIA *et al.*, 2019).

Para Silva *et al.* (2016, p.4116), é interessante:

Promover e implementar ações educativas, sobre os aspectos clínicos, epidemiológicos e terapêuticos, objetivando a prevenção das incapacidades, a redução do estigma e do preconceito, utilizando os recursos como a mídia, os profissionais da saúde, da educação e representantes de associações de bairros, com o objetivo de orientar o doente, a família e a comunidade em geral.

O número de casos novos detectados em uma área pode ser influenciado pela realização de ações educativas e cobertura populacional das ações de controle da doença, ou seja, fortemente relacionado à orientação para a comunidade (ALVES *et al.*, 2017; STARFIELD, 2002). Pesquisa realizada na Espanha demonstrou relação com o trabalho em comunidade de baixo nível socioeconômico, treinamento específico, suporte, motivação, sensibilidade social, mais anos na equipe de saúde, diferenças entre as categorias profissionais, com destaque para as contribuições dos enfermeiros e assistentes sociais

(MARCH *et al.*, 2017). Além disso, resultados deste estudo demonstram que a sobrecarga de trabalho não está associada ao envolvimento de atividades comunitárias, e sugere que os indivíduos que empregam modelo de prática biopsicossocial, estão mais orientados para a promoção da saúde, mostram o reconhecimento da necessidade de participação dos cidadãos nos serviços de saúde.

Reforça-se que as estratégias de educação em saúde devem ser estimuladas na prevenção da hanseníase, no incentivo para participação dos familiares, como apoio ao tratamento do paciente, na adesão dos pacientes ao tratamento e no esclarecimento de preconceitos estabelecidos, diminuindo os estigmas que o diagnóstico de hanseníase proporciona (RIBEIRO *et al.*, 2017).

Em relação à orientação familiar, consiste na avaliação das necessidades individuais para a atenção integral, deve-se considerar o contexto familiar e seu potencial de cuidado e, também, de ameaça à saúde, incluindo o uso de ferramentas de abordagem familiar (STARFIELD, 2002). Os itens relacionam-se ao conhecimento da família em relação à suspeita de casos novos, exame de contatos, orientações de autocuidado e o aparecimento de complicações reconhecido pelos familiares (LANZA; LANA, 2014).

Para além das questões que envolvem o paciente, o núcleo familiar é o grupo que apresenta o maior risco de adoecimento. Dessa forma, torna-se imprescindível a abordagem de contatos intradomiciliares e o envolvimento ativo das famílias para facilitar a realização do exame de contatos (ROMANHOLO *et al.*, 2018).

Segundo Ribeiro *et al.* (2017), a falha no tratamento está associada à falta do engajamento do paciente e da família e isso demonstra a necessidade de fortalecer a participação dos familiares no tratamento da hanseníase.

Destaca-se que o atributo “orientação profissional” não é contemplado no PCATool-Brasil, mas recomendado em outro estudo para ser inserido já que o SUS oferece capacitações (ALMEIDA; MACINKO, 2006). Utilizou-se como sinônimo a expressão “orientação profissional”, Almeida e Macinko (2006), pressupõem que a atenção básica seja uma área de “especialização” que requer formação específica. Assim é necessário que os profissionais de saúde sejam capacitados para desempenhar suas funções segundo os atributos mencionadas anteriormente (ALMEIDA; MACINKO, 2006). No PCAT- hanseníase, os itens desse atributo questionam a abordagem da hanseníase na graduação, a frequência da oferta de treinamentos e o quanto o profissional considera estar preparado para atender a doença (LANZA; LANA, 2014).

No que concerne à presença de profissionais de saúde capacitados, os estudos têm evidenciado a importância do constante investimento em capacitações (RODRIGUES *et al.*, 2016; SOUZA; FELICIANO; MENDES, 2015; SOUSA; SILVA; XAVIER, 2017b). Estudo realizado com o PMAQ-AB demonstrou que a educação permanente ainda não se efetivou no cotidiano dos profissionais, sugerindo que é necessário incentivar a qualificação profissional para aquisição de competências e habilidades na APS (MOREIRA *et al.*, 2017).

Em relação à hanseníase, Souza, Feliciano e Mendes (2015, p. 617) apontam que as capacitações devem ser embasadas em:

Definir as competências e as responsabilidades de cada categoria profissional; estruturar a capacitação a partir da problematização do trabalho, com base na integração teoria-prática, considerando as condições do desempenho do indivíduo, da equipe e da organização; introduzir conteúdos sobre comunicação em saúde, destacando sua dimensão dialógica, sem secundarizar a comunicação informativa; capacitar outros integrantes da equipe, atentando para o papel diferenciado do ACS; apoiar o município na supervisão sistemática voltada ao fornecimento de suporte técnico, psicossocial, material e informacional às equipes; e monitorar as ações com base também em indicadores dos efeitos de treinamento.

Destaca-se, nesse sentido, a necessidade de os gestores planejarem ações de hanseníase de acordo com a política pública vigente e implementarem os preceitos do SUS (RIBEIRO; LANA, 2015). Para March *et al.* (2017), os gestores devem fornecer apoio visível e formal para iniciativas comunitárias, definir melhor as tarefas esperadas de cada profissional e os treinamentos também são importantes para a formação.

É necessário fomentar investimentos na capacitação profissional e educação permanente dos trabalhadores ligados à hanseníase, a fim de que sintam maior segurança no atendimento ao usuário desse programa (SOUSA; SILVA; XAVIER, 2017b). Sendo relevante estruturar as capacitações por meio da problematização do trabalho, com base na integração teoria-prática, considerando as condições do desempenho do indivíduo, da equipe e da organização (SOUZA; FELICIANO; MENDES, 2015).

Vale destacar que a taxa de detecção da hanseníase tem como limitação a capacidade dos profissionais de realizar o diagnóstico precoce, assim diferentes comportamentos podem ocorrer em função da capacitação dos profissionais (ARAÚJO *et al.*, 2017). Além disso, dificuldades relacionadas ao processo de descentralização relacionam-se à falta de profissionais qualificados (ARAÚJO *et al.*, 2016).

Vários estudos demonstraram a importância dos treinamentos destinados aos profissionais da atenção primária (ALOTAIBI *et al.*, 2016; BELDARRAÍN-CHAPLE, 2017;

MUTHUVEL *et al.*, 2017). No entanto, observa-se insuficiência das estratégias de educação formal e de educação permanente para lidar com a pessoa vivendo com hanseníase (SAVASSI; MODENA, 2015).

Dessa forma, estratégias como Educação a Distância (EaD) tem se mostrado bastante útil para a educação permanente, uma vez que rompe com as barreiras físicas, além de propiciar uma interação em tempo real entre alunos e professores, o que gera um acesso mais democrático ao conhecimento (SILVA *et al.*, 2015).

Estratégia inovadora implementada no Estado de Minas Gerais, no qual foi utilizado o módulo a distância, permitiu conhecer as dificuldades dos serviços de saúde em realizar as ações de controle da doença, o compartilhamento de saberes e de experiências entre os atores e contribuiu para a implantação e o aprimoramento de estratégias de controle da hanseníase, enquanto problema de saúde pública em Minas Gerais (COELHO *et al.*, 2017). Pesquisa realizada por Souza *et al.* (2018), que analisou as diferenças entre o ensino presencial e a distância, concluiu que há uma tendência promissora na modalidade virtual para formação dos profissionais.

3 MÉTODOS

3.1 DELINEAMENTO

Trata-se de um estudo transversal, quantitativo e avaliativo.

A pesquisa avaliativa depende de um procedimento científico que permita analisar e compreender as relações de causalidade entre os diferentes componentes da intervenção, tem como principal objetivo compreender os resultados (BROUSSELLE *et al.*, 2011, p. 44).

Conforme Starfield (2002), o sistema de serviço de saúde possui uma estrutura (ou capacidade) que consiste em características as quais possibilitam oferecer os serviços, os processos (desempenhos) que envolvem ações por parte dos profissionais de saúde no sistema e ações das populações e dos pacientes. Donabedian (2005) propôs uma tríade de avaliação composta pela estrutura dos serviços de saúde, que verifica pontos relacionados aos recursos humanos, físicos, materiais, equipamentos e aspectos financeiros necessários à assistência; o processo, que avalia o modo de trabalho dos profissionais; e o resultado, que corresponde à condição de saúde da pessoa.

Para Champagne e colaboradores (2011, p. 54), a apreciação normativa baseia-se na comparação de todos os componentes da intervenção, no que diz respeito a critérios e normas. Consiste em emitir um julgamento sobre uma intervenção comparando, por um lado, os recursos empenhados e sua organização (estrutura), os serviços e os bens produzidos (processo) e os resultados obtidos, por outro lado, com critérios e normas.

Entretanto, torna-se necessário aprofundar as relações entre a intervenção, seus componentes e o contexto, em comparação com os resultados obtidos (BROUSSELLE; CHAMPANGNE; CONTANDRIOPOULOS; HARTZ, 2011).

3.2 CENÁRIO DO ESTUDO

Esta investigação insere-se no Núcleo de Estudos e Pesquisas em Hanseníase (NEPHANS) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). A capital de Minas Gerais, Belo Horizonte, foi o município de escolha para a realização deste estudo, devido à importância estratégica e epidemiológica. Belo Horizonte é considerada de média endemicidade para a hanseníase, e as ACH são desempenhadas pelos serviços de

referência, como o Hospital Eduardo de Menezes, Hospital das Clínicas e Centro de Especialidades Médicas, e também pelos serviços de atenção primária.

Outro aspecto que justifica a realização deste estudo em Belo Horizonte é a expansão das equipes de saúde da família. No cenário em questão, o processo de territorialização deu-se em 1989 com a divisão do território em distritos (TEIXEIRA, 2011). Essa distritalização da saúde foi voltada para construção do modelo de atenção à saúde. Assim, o município de Belo Horizonte é dividido em nove distritos sanitários (DS): Barreiro, Centro Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova, o que favorece o planejamento e a gestão do sistema de saúde (ROCHA, 2011), conforme demonstrado na figura 1. Entretanto, como forma de resguardar a identidade dos profissionais inseridos na pesquisa, optou-se por suprimir o nome do distrito nos resultados apresentados neste estudo.

Figura 2 – Distritos Sanitários de Belo Horizonte



Fonte: Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Belo Horizonte, 2018.

No momento da coleta de dados, o município possuía 147 Centros de Saúde, no qual havia 585 eSF distribuídas de forma desproporcional no território, conforme a necessidade da comunidade (quadro1).

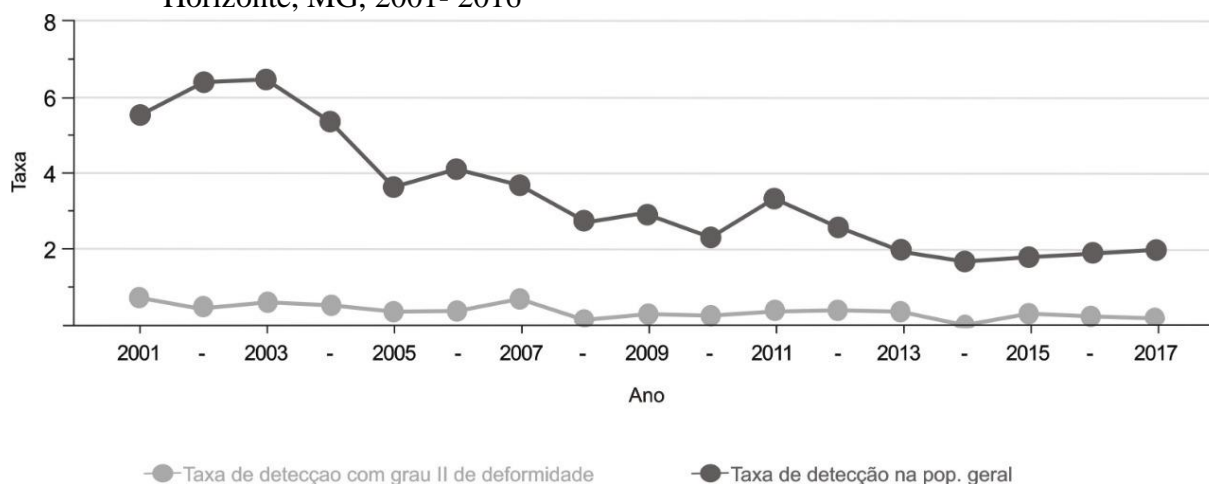
Quadro 1 – Distribuição das Equipes de Saúde da Família por Centro de Saúde, de acordo com o Distrito Sanitário. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2014

Distrito Sanitário	Quantidade de Centros de Saúde (n)	Total de Equipes de Saúde da Família (n)
1	20	88
2	12	32
3	14	58
4	21	79
5	23	65
6	19	68
7	14	66
8	8	45
9	16	84
Total	147	585

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

No que concerne à situação epidemiológica do município cenário deste estudo, constata-se, pelo gráfico 1, que houve decréscimo na detecção de casos novos (2001 a 2017), entretanto, persiste como média endêmica. A detecção de casos com grau de incapacidade física demonstra que a detecção está sendo realizada tardiamente, uma vez que a taxa não declina na mesma velocidade que a diminuição do número de casos novos, dessa maneira, torna-se oportuno avaliar a situação da atenção primária na realização das ACH.

Gráfico 1 – Série histórica da taxa de detecção de casos novos de hanseníase com grau II de incapacidade física no momento do diagnóstico por 100 mil habitantes e taxa de detecção geral de casos novos de hanseníase por 100 mil habitantes. Belo Horizonte, MG, 2001- 2016

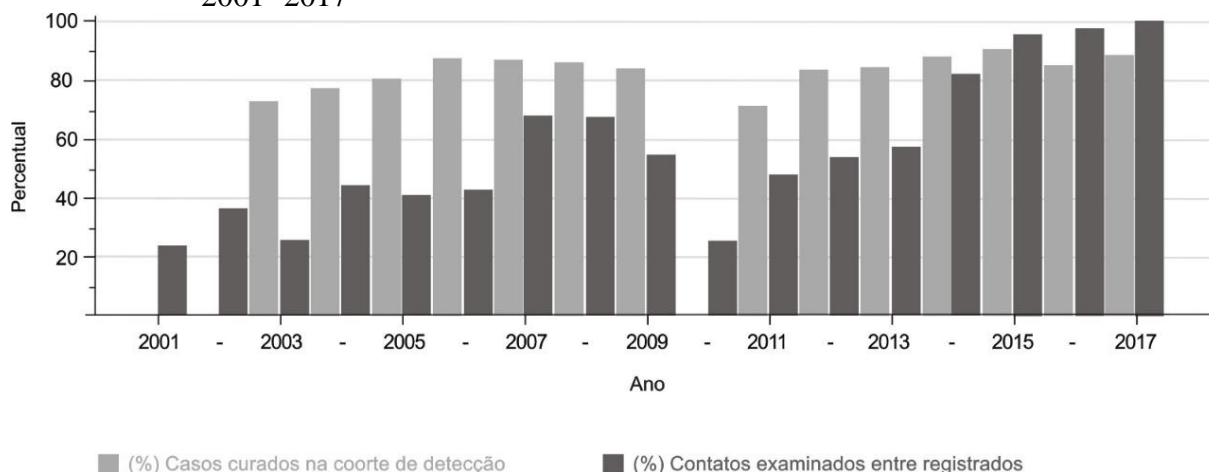


Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação / Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística / Sala de Apoio à Gestão Estratégica- Ministério da Saúde.

Sobre os indicadores de qualidade das ações e serviços, conhecidos como operacionais, constatou-se, pela análise do gráfico 2, melhoria na realização do exame de

contatos (2001-2017), porém dificuldade do serviço no que tange ao percentual de casos curados.

Gráfico 2 – Série histórica do percentual de casos curados na coorte de detecção e o percentual de contatos examinados entre os registrados. Belo Horizonte, MG, 2001- 2017



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação / Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística / Sala de Apoio à Gestão Estratégica- Ministério da Saúde.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Na ESF, o trabalho em equipe é considerado uma premissa fundamental para a mudança do atual modelo hegemônico, em que haja uma interação constante e intensa de profissionais de diferentes categorias e com variedade de conhecimentos e capacidades que conversem entre si para que o cuidado do usuário seja de qualidade.

Cada equipe deve ser constituída por, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e ACS, podendo acrescentar a essa composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal (BRASIL, 2011b).

Portanto, a seleção dos participantes foi baseada na formação mínima da eSF e ainda daqueles profissionais que estão diretamente envolvidos nas ACH. Esses informantes são aqueles com condições de transformar, no âmbito da busca de resoluções, a implementação de melhorias para o bem-estar físico, mental e social do usuário com hanseníase.

Tendo em vista a grande quantidade de serviços de atenção primária em Belo Horizonte, optou-se pelo cálculo de uma amostra representativa do número de eSF que participariam do estudo. Conforme ilustrado na tabela 2, procedeu-se com o cálculo da

proporção de equipes por distrito, e, posteriormente, multiplicou-se a proporção encontrada pelo número total de equipes ($n=585$), ao final, obteve-se $\Sigma=70$ eSF.

O critério de inclusão do centro de saúde foi o local com o maior número de notificações de casos de hanseníase nos três anos anteriores ao início da coleta. Esse período foi estabelecido como forma de garantir que, dentro do centro de saúde selecionado, haveria profissionais que acompanharam casos da doença, além disso, como no centro de saúde há várias equipes, garantiu-se que equipes que não atenderam casos também participassem da pesquisa.

Tabela 2 – Cálculo amostral de Equipe de Saúde da Família entrevistadas em Belo Horizonte. Belo Horizonte, MG, 2014

Distrito Sanitário	Número de Equipe de Saúde da Família¹	Proporção de Equipe de Saúde da Família em relação ao total²	Número de Equipe de Saúde da Família (Amostra)³
1	88	15,04	13,24
2	32	5,47	1,75
3	58	9,91	5,75
4	79	13,50	10,67
5	65	11,11	7,22
6	68	11,62	7,90
7	66	11,28	7,45
8	45	7,69	3,46
9	84	14,36	12,06
Total	585	100,00	69,50

Nota: ¹ Número de Equipe de Saúde da Família por Distrito Sanitário.

² Proporção de Equipe de Saúde da Família por Distrito Sanitário.

(p): Número total de equipe por distrito sanitário / número total de equipe de Belo Horizonte.

³ Número de Equipe de Saúde da Família a ser entrevistado por distrito.

(n): Número total de equipe dentro do distrito sanitário x proporção de equipe por distrito.

No que concerne aos médicos, enfermeiros e ACS, como anteriormente mencionado, foi calculada uma amostra não probabilística do tipo intencional, sendo selecionados os profissionais que estavam no centro de saúde no momento da coleta dos dados.

Estabeleceu-se, como critério de inclusão, o ACS atuar 12 meses trabalhando no território, uma vez que esse profissional não tem formação específica para trabalhar na comunidade e com as famílias.

Como forma de ter uma ampla avaliação dos serviços de APS, optou-se por incluir 100% dos gestores que atuavam na APS, sendo aqueles com atuação nos centros de saúde, nos distritos sanitários, na gerência de assistência à saúde e gerência de epidemiologia da hanseníase. Obtiveram-se 23 perdas relacionadas a dificuldades de reagendamentos, licença

saúde ou maternidade, atestado médico e férias, no total foram realizadas 189 entrevistas com gestores. A tabela 3 apresenta a quantidade de entrevistas realizadas por DS estratificada por categoria de profissionais da APS.

Tabela 3 – Distribuição das entrevistas realizadas nos distritos sanitários, segundo categoria de profissionais da atenção primária. Belo Horizonte, MG, 2014

Distrito Sanitário	ACS		Gestor		Médico		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	14	18,7	24	12,7	7	10,8	15	19,0	60	14,7
2	2	2,7	17	9,0	2	3,1	3	3,8	24	5,9
3	6	8,0	20	10,6	6	9,2	9	11,4	41	10,0
4	12	16,0	25	13,2	11	16,9	11	13,9	59	14,5
5	7	9,3	19	10,1	7	10,8	8	10,1	41	10,0
6	9	12,0	25	13,2	8	12,3	8	10,1	50	12,3
7	9	12,0	23	12,2	8	12,3	9	11,4	49	12,0
8	4	5,3	16	8,5	4	6,2	4	5,1	28	6,9
9	12	16,0	20	10,6	12	18,5	12	15,2	56	13,7
Total	75	100	189	100	65	100	79	100	408	100

A aplicação do questionário com os profissionais de saúde (médicos, enfermeiros), ACS e gestores foi realizada no ambiente de trabalho, agendadas de acordo com a disponibilidade de cada profissional. Além disso, o instrumento foi aplicado por duas pesquisadoras, mediante entrevistas face-a-face.

3.4 FONTE DE DADOS

3.4.1 Dados primários

Utilizou-se como fonte de dados primários, o PCAT- hanseníase, no qual permite avaliar o grau de orientação da APS para a realização das ações da doença, e consequentemente, ter um panorama da qualidade da assistência.

Foram utilizadas as versões profissionais médicos e enfermeiros (LANZA; LANA, 2014) (ANEXO A), gestores (LANZA *et al.*, 2014a) (ANEXO B) e ACS (LANZA *et al.*, 2014b) (ANEXO C). A ferramenta utiliza o quadro teórico dos atributos da atenção primária propostos por Starfield (2002).

Como resultado geral da avaliação pelo PCAT- hanseníase têm-se três medidas: o escore essencial, que é a média dos escores dos componentes que pertencem aos atributos essenciais, o escore derivado que é a média dos atributos derivados, e o escore geral, que é a

média dos escores dos componentes dos atributos essenciais, acrescida dos escores dos atributos derivados. Esses resultados caracterizam o grau de orientação do serviço ou do sistema de saúde aos atributos da APS.

Os participantes responderam a ferramenta de avaliação utilizando a escala de Likert, e utilizou-se como parâmetro de uma APS fortemente orientada para a hanseníase, uma média do escore acima ou igual a 6,6 (LANZA; LANA, 2014). O período de coleta de dados foi realizado entre julho e setembro de 2014.

3.4.2 Dados secundários

Foram obtidas informações dos casos de hanseníase residentes no município de Belo Horizonte durante o período de 2012 a 2016. Optou-se por realizar a média de 2012 a 2016, uma vez que os dados primários foram coletados em 2014, dessa maneira, analisar o quadro epidemiológico próximo ao momento no qual a avaliação do desempenho foi realizada.

Os dados foram retirados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), disponibilizados pela Coordenação Estadual de Dermatologia Sanitária (CEDS), da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES/MG). Justificou-se a utilização dessa fonte secundária, uma vez que a capacidade operacional dos serviços e dos programas de controle influencia a evolução dos indicadores relacionados à hanseníase.

As informações sobre a população residente estratificada por faixa etária foi obtida por meio do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e de estimativas populacionais, realizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

O Sinan representa a fonte nacional de informações sobre agravos de notificação, apresenta ainda algumas limitações relacionadas à fidedignidade dos dados, à duplicidade de registros e à ausência de padronização no lançamento dos dados; entretanto, tem se aperfeiçoado a cada ano e vem se consolidando como uma importante fonte de dados em pesquisas em saúde.

Para realizar a avaliação epidemiológica do município, foram selecionados alguns indicadores que representassem a força e magnitude da doença, bem como indicadores que avaliassem a efetividade das ACH desempenhadas pelos serviços de saúde do município (BRASIL, 2016a). Sendo o coeficiente de detecção anual de casos novos de hanseníase por 100 mil habitantes, o coeficiente de detecção anual de casos novos de hanseníase em menores de 15 anos, proporção de casos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física no

diagnóstico, proporção de cura de hanseníase entre os casos novos diagnosticados nos anos da coorte e a proporção de contatos examinados entre os contatos intradomiciliares registrados dos casos novos diagnosticados no ano. Outros dois novos indicadores foram elaborados para este estudo, o percentual de casos de hanseníase tratados na atenção primária e percentual de casos de hanseníase notificados nos serviços de atenção primária.

3.5 VARIÁVEIS

Como forma de identificar e compreender os fatores relacionados ao grau de orientação da atenção primária nas ACH, foram utilizados dados secundários como variáveis independentes, levando-se em consideração critérios de eficácia, efetividade e relevância para os serviços de atenção primária.

Segundo Scaratti (2007), a eficácia abrange o cumprimento das metas e protocolos estabelecidos, a efetividade reflete a capacidade de satisfazer as necessidades e expectativas de atenção à saúde e maximização dos resultados e a relevância está em decisões que atendam às expectativas da sociedade em relação ao SUS e maximização do impacto.

A seguir relacionam-se a fonte de dado e as variáveis independentes que serão utilizadas na análise:

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Gerência de Epidemiologia e Informação e Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte: percentual da população que vive em áreas de elevado e muito elevado risco;

Sistema de Informação de Agravos de Notificação: percentual de casos de hanseníase tratados nos serviços de atenção primária, percentual de casos de hanseníase notificados nos serviços de atenção primária, coeficiente de detecção anual de casos novos de hanseníase por 100 mil hab, coeficiente de detecção anual de casos novos de hanseníase na população de zero a 14 anos por 100 mil hab, proporção de casos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física no diagnóstico, taxa de casos novos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico por 100 mil hab, proporção de cura de hanseníase entre os casos novos diagnosticados nos anos da coorte e proporção de contatos examinados entre os contatos intradomiciliares registrados dos casos novos diagnosticados no ano.

Departamento de Atenção Básica – Ministério da Saúde: percentual de cobertura de saúde da família.

O quadro 2 trata-se da matriz de análise das variáveis independentes e dependentes, com a descrição das categorias, critérios indicadores e fonte de dados.

Quadro 2 – Descrição da matriz de análise das variáveis, com base na categoria, critério, indicador e fonte de dados. Belo Horizonte, MG, 2014

Variáveis	Categoria	Critério	Indicador (Medida)	Fonte	
Independentes	Aspectos Sociais	Relevância	Percentual da população que vive em áreas de elevado e muito elevado risco	IBGE ¹ GEEPI ²	
	Estrutura	Eficácia	Percentual de cobertura de equipe de saúde da família	SMSA- BH	
	Resultados epidemiológicos	Efetividade		Coeficiente de detecção anual de casos novos de hanseníase por 100 mil hab.	Sinan ³
				Coeficiente de detecção anual de casos novos de hanseníase na população de zero a 14 anos por 100 mil hab.	
				Proporção de casos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física no diagnóstico	
		Eficácia		Taxa de casos novos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico por 100 mil hab.	
				Proporção de cura de hanseníase entre os casos novos diagnosticados nos anos da coorte	
				Percentual de casos de hanseníase tratados nos serviços de atenção primária	
	Competências profissionais	Relevância		Percentual de casos de hanseníase notificados nos serviços de atenção primária	PCAT-hanseníase ⁵
				Proporção de contatos examinados entre os contatos intradomiciliares registrados dos casos novos diagnosticados no ano	
				Categoria profissional	
			Tempo que trabalha na unidade de atenção primária		
Dependentes	Avaliação das equipes	Efetividade		PCAT-hanseníase ⁵	
					Tempo de atuação em serviços de atenção primária
					Número de capacitações em ações de controle da hanseníase
					Atendimento de caso de hanseníase
			Escore geral		
			Escore essencial		
			Escore derivado		

Fonte: ¹Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; ²Gerência de Epidemiologia e Informação – Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte; ³Sistema de Informação de Agravos de Notificação; ⁴Departamento de Atenção Básica – Ministério da Saúde; ⁵Instrumento de Avaliação de Desempenho da Atenção Primária à Saúde nas Ações de Controle da Hanseníase

3.6 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram digitados no *software* Epi Info (versão 7), com entrada dupla e análise de consistência. Os dados foram analisados utilizando o *Statistical Package for the Social Sciences 19* (SPSS).

O cálculo do escore de cada atributo foi baseado na média, soma dos valores de resposta nos itens as quais compõem cada atributo dividido pelo número de itens. Os atributos que tiveram 50% ou mais de respostas “9” (“não sei / não lembro”) não tiveram seus escores calculados. Atributos com menos de 50% de respostas “9” tiveram estes valores convertidos para “2” (“provavelmente não”) de modo a pontuar de forma negativa as características do serviço não conhecidas (BRASIL, 2010). Posteriormente, transformou-se numa escala de 0 a 10, através da fórmula:
$$\frac{[\text{escore obtido} - 1 (\text{valor mínimo})] \times 10}{4 (\text{valor máximo}) - 1 (\text{valor mínimo})}$$
 (BRASIL, 2010; LANZA; LANA, 2014).

Os escores essencial e derivado foram obtidos pela média dos seus respectivos componentes. Calculou-se o escore geral que é a soma do escore médio dos componentes dos atributos essenciais acrescida aos derivados e dividida pelo número de atributos. Têm-se como resultado o escore de cada atributo e os escores essencial, derivado e geral que caracterizam o grau de orientação para ACH. Assumiu-se uma APS fortemente orientada quando a média do escore fosse $\geq 6,6$ (LANZA; LANA, 2014).

A etapa posterior foi elaborar um banco de dados no *Excel 8.0* com todos os casos residentes em Belo Horizonte de 2012 a 2016. Posteriormente foram construídas fórmulas dos indicadores selecionados pela política vigente e elaborados para este estudo (BRASIL, 2016). Esses indicadores de avaliação epidemiológica tiveram como objetivo investigar a força de morbidade, a magnitude, o perfil epidemiológico e, a partir dessas análises, inferir sobre a qualidade das ações de controle dos serviços de saúde. O cálculo dos indicadores foi realizado conforme as recomendações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016a).

O banco de dados do Sinan é disponibilizado pelo MS, nele as variáveis encontram-se codificadas. Para decodificar os bancos, são utilizados dicionários de dados do Sinan intranet que contêm as informações referentes a cada variável do banco.

Após conhecer as variáveis existentes no agravo hanseníase, filtrou-se o banco pela variável que é o município de residência, no IBGE identificou-se o código do município de Belo Horizonte. Após isso, foram selecionados todos os casos residentes no município e estratificado por distrito sanitário de residência, a próxima etapa foi selecionar a variável

“NU_ANO” que mostra o ano de notificação. Exclui-se do banco de dados os erros diagnósticos e os casos duplicados. Como foram selecionados vários indicadores, utilizou-se o programa estatístico Epi Info 7.0, para a análise descritiva das variáveis necessárias para o cálculo dos indicadores.

A análise dos dados foi realizada por meio da avaliação dos indicadores de hanseníase de acordo com os parâmetros do MS (BRASIL, 2016a). Também foi realizada uma análise descritiva dos indicadores da hanseníase, bem como avaliação da média da série histórica de 2012 a 2016.

Avaliou-se a distribuição da normalidade dos itens, com valor de significância de 0,05 pelo teste de *Shapiro- Wilk*³. Assim, considerou-se que a variável teria distribuição normal quando o valor do teste fosse menor que 0,05. Ao avaliar a normalidade das variáveis pelo teste de *Shapiro- Wilk*, optou-se por testes não- paramétricos para realizar as análises, pois a maioria das variáveis comportou-se de forma não normal.

Para analisar a correlação entre o grau de orientação da atenção primária e os efeitos em indicadores de monitoramento, realizou-se a correlação de *Spearman*⁴ com um nível de significância de 5% ($p < 0,05$), no qual o distrito sanitário foi a unidade de análise.

A fim de triangular a perspectiva das categorias de profissionais participantes e identificar os fatores relacionados, aplicou-se o modelo de regressão linear múltipla utilizando-se o método *bootstrap*⁵ com um nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

³ Shapiro Wilk: teste para ver se a distribuição dos escores é significativamente diferente de uma distribuição normal. Se o teste é significativo ($p > 0,05$), informa que os dados da amostra não diferem significativamente de uma distribuição normal, isto é, podem ser normais (FIELD, 2009, p. 658).

⁴ Coeficiente de correlação de *Spearman* é uma medida padronizada da força do relacionamento entre duas variáveis que não depende das hipóteses de um teste paramétrico, é uma estatística não-paramétrica e, assim, pode ser usada quando os dados violarem suposições paramétricas, tais como dados não-normais (FIELD, 2009, p.125).

⁵ A regressão é um modelo preditivo que é usado para prever valores da variável dependente a partir de uma ou mais variáveis independentes. O modelo de regressão linear múltipla é aquele que relaciona a variável resposta y com as variáveis explicativas, utilizou-se o método *bootstrap* para amostras não paramétricas obtidas reamostrando, com reposição, diretamente dos dados disponíveis (EFRON; TIBSHIRANI, 1993; DICICCIO; EFRON, 1996)

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

A investigação seguiu as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, nas quais envolvem a participação de seres humanos e foi submetido à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa (COEP) da UFMG, sendo aprovado conforme Parecer nº CAAE 24578213.2.0000.5149 (ANEXO D) e também aprovada pela Secretaria de Saúde Municipal de Belo Horizonte (SMSA-BH) (ANEXO E).

Os participantes foram convidados após a explicação dos pesquisadores sobre a pesquisa e garantiu-se aos informantes o esclarecimento sobre os objetivos e procedimentos, confidencialidade e o sigilo sobre a participação, bem como os riscos e os benefícios. Após a explicação e leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO F), os informantes foram interrogados sobre o consentimento em participar do estudo e após o aceite, assinaram as duas vias do termo.

3.8 FINANCIAMENTO

Este estudo faz parte de um estudo maior em processo de desenvolvimento do NEPHANS da UFMG – Escola de Enfermagem, que tem como título “Vigilância, prevenção e controle da hanseníase em Minas Gerais: Distribuição espacial dos casos, avaliação dos serviços em saúde e análise da infectividade em contatos domiciliares”. Tem como eixo a avaliação de desempenho dos serviços de atenção primária nas ACH na região metropolitana de Belo Horizonte, nos municípios de Betim, Lagoa Santa e Belo Horizonte.

Esta pesquisa foi financiada com recursos provenientes do Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde, através do edital 197/2012 e pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) - Edital 03/2014.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como forma de organizar este capítulo, optou-se por realizar a descrição dos resultados juntamente com a discussão.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Em relação aos participantes deste estudo, entrevistaram-se 408 profissionais da atenção primária de Belo Horizonte, destes, 46,3% (189) foram gestores do serviço. Constatou-se que a maioria possui pós-graduação (65,4%), tem mais de 10 anos de experiência na atenção primária (49,0%), e com relação à hanseníase, a maior parte dos entrevistados realiza ações da doença no território, entretanto 31,9% (130) não acompanharam casos e 48,8% (199) não foram treinados, conforme dados da tabela 4.

Em relação aos médicos, foi observado reduzido tempo de atuação na APS quando comparado às demais categorias profissionais. Além disso, evidenciou-se desfalque de médicos em um DS de alta vulnerabilidade social. Os problemas da escassez, distribuição e fixação de profissionais de saúde em áreas remotas e desfavorecidas são um desafio para a grande maioria dos países (DAL POZ, 2013). No Brasil, nas últimas décadas, observou-se um reordenamento estratégico das políticas para a superação da insuficiente e inadequada provisão de profissionais de saúde com estratégias de ampliação da formação, capacitação profissional e valorização da força de trabalho em saúde (CARVALHO; SANTOS; CAMPOS, 2013).

Como forma de enfrentar a escassez de oferta e reduzir as desigualdades na distribuição de profissionais, em meados de 2013, o governo federal lançou o Programa Mais Médico (PMM), definindo áreas prioritárias de maior vulnerabilidade social para a provisão emergencial (BRASIL, 2013). No entanto, como a coleta de dados ocorreu em 2014 com o programa em processo de implementação, médicos que pertenciam ao PMM não foram entrevistados.

Tabela 4 – Descrição das variáveis que caracterizam o perfil dos profissionais da atenção primária participantes da pesquisa. Belo Horizonte, MG, 2014

Variáveis	ACS*		GESTOR		MÉDICOS		ENFERMEIROS		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Pós-graduação										
Não	0	0,0	25	13,2	24	36,9	17	21,5	66	16,2
Sim	0	0,0	164	86,8	41	63,1	62	78,5	267	65,4
Não aplica	75	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	75	18,4
Tempo de atuação na atenção primária (anos)										
<1	0	0,0	0	0,0	6	9,2	0	0,0	6	1,5
1 a 5	22	29,3	25	13,2	24	36,9	24	30,4	95	23,3
6 a 10	22	29,3	55	29,1	15	23,1	15	19,0	107	26,2
>10	31	41,3	109	57,7	20	30,8	40	50,6	200	49,0
Realização de ações de controle da hanseníase no território										
Não	36	48,0	0	0,0	19	29,2	27	34,2	82	20,1
Sim	39	52,0	0	0,0	46	70,8	52	65,8	137	33,6
Missing	0	0,0	189	100,0	0	0,0	0	0,0	189	46,3
Acompanhamento de caso de hanseníase										
Não	47	62,7	0	0,0	39	60,0	44	55,7	130	31,9
Sim	28	37,3	0	0,0	26	40,0	35	44,3	89	21,8
Não aplica	0	0,0	189	100,0	0	0,0	0	0,0	189	46,3
Número de treinamentos										
0	50	66,7	76	40,2	36	55,4	37	46,8	199	48,8
1 a 3	24	32,0	102	54,0	27	41,5	39	49,4	192	47,1
4 a 9	1	1,3	8	4,2	2	3,1	3	3,8	14	3,4
>10	0	0,0	3	1,6	0	0,0	0	0,0	3	0,7
Total	75	100,0	189	100,0	65	100,0	79	100,0	408	100,0

Nota: *ACS: Agente Comunitário de Saúde

No que concerne à hanseníase como diagnóstico, é eminentemente clínico e o tratamento não exige custos elevados nem instrumentos de maior complexidade tecnológica, para além da presença do médico é necessária qualificação (SAVASSI; MODENA, 2015). Resultados deste estudo evidenciaram que 55,4% dos médicos não realizaram treinamentos para desenvolver as ACH.

Acredita-se que é preciso superar a insegurança dos profissionais para lidar com o paciente (SAVASSI; MODENA, 2015), além disso, realizar constantes sensibilizações tendo como tema o Sintomático Dermatológico. Para Segurado, Cassenote e Luna (2016,p. 44):

Como o diagnóstico de hanseníase é clínico, quando a doença se torna pouco frequente, os médicos perdem a familiaridade com ela, tendem a não considerá-la entre as hipóteses diagnósticas possíveis diante de um caso suspeito, muitas vezes contribuindo para um maior atraso no diagnóstico e levando ao agravamento do caso.

Dessorte, é oportuno direcionar a formação e a educação permanente de profissionais de saúde alinhados com os atributos da APS e as necessidades de saúde da população, por meio da expansão de abordagens e dispositivos de educação a distância, o que irá beneficiar a qualidade dos cuidados clínicos e das ações coletivas (FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018).

Evidenciou-se que a maioria dos participantes relatou realizar ações de controle no território. De acordo com as recomendações do Ministério da Saúde, as atividades baseiam-se na educação em saúde, investigação epidemiológica para o diagnóstico precoce de casos, tratamento dos casos diagnosticados, prevenção e tratamento de incapacidades, vigilância epidemiológica e monitoramento dos indicadores do progresso da eliminação da hanseníase, enquanto problema de saúde pública (BRASIL, 2016a). No entanto, torna-se necessário discutir o conhecimento que os profissionais têm sobre as ações destinadas à doença, bem como a regularidade com que as atividades são realizadas na comunidade. Para SRINIVAS *et al.* (2018), é preciso educar a sociedade civil de maneira contínua, uma vez que sessões pontuais de educação revelam pouca efetividade.

A falta de conhecimento das comunidades sobre a hanseníase é apontada como um dos principais fatores que contribuem para o diagnóstico tardio, levando ao aumento da probabilidade de incapacidade física (LASTÓRIA; ABREU, 2014). Estudo realizado no Nepal identificou que a principal fonte de informação da comunidade são os profissionais da saúde (33,1%) e a mídia (30,7%) (SINGH; SINGH; MAHATO, 2019). Assim é de suma importância que os profissionais da APS estejam sensibilizados para realizar as orientações para pacientes, família e comunidade.

A carência de conhecimento sobre a doença pode gerar situações estigmatizantes, como “não apertar a mão de alguém afetado pela hanseníase”, constatação evidenciada em estudo realizado em Camarões (TABAH *et al.*, 2018).

Porém, a variável “número de treinamentos em hanseníase”, que traduz o preparo dos profissionais em desempenhar as ações de controle da doença, demonstrou fragilidade, a maioria dos participantes não realizou capacitações. Outros estudos evidenciaram a importância das capacitações destinadas aos profissionais que atuam nos serviços de atenção primária (SOUSA; SILVA; XAVIER, 2017a; 2017b).

Profissionais adequadamente treinados tem potencial para disseminar informações corretas sobre a hanseníase (CORREIA *et al.*, 2019). Para além dos treinamentos, é necessária a discussão sobre a periodicidade com que ocorrem, pois é comum em eSF a rotatividade dos

profissionais, principalmente dos médicos. Pesquisa realizada em Moçambique evidenciou que apesar do número significativo de treinamento de profissionais de saúde no diagnóstico e tratamento, a rotação frequente do pessoal impediu a consolidação do controle da hanseníase e isso gerou a realização de diagnóstico tardio (MAREGA *et al.*, 2019).

Destacou-se o ACS sendo o participante que menos recebeu treinamentos em hanseníase. Estudo avaliativo em Pernambuco demonstrou a necessidade de capacitar outros profissionais que compõem as eSF, atentando para o papel diferenciado do ACS (SOUZA *et al.*, 2015).

São os ACS que, na maioria das vezes, identificam casos suspeitos durante as visitas domiciliares, informam à eSF a relação dos comunicantes, além de verificarem se os pacientes estão realizando o tratamento de forma correta. Por esse fato, ressalta-se a importância da capacitação dos ACS como forma de qualificar a atenção em hanseníase, garantindo, pela atuação desses profissionais, a busca ativa de novos casos, o diagnóstico precoce e o acompanhamento do tratamento. Além disso, com a expansão dos conhecimentos sobre a doença, acredita-se que fica fortalecida a discussão de ações de promoção em saúde (GIRÃO *et al.*, 2017).

Ademais, a realização de ações de controle autorreferida pela maioria dos profissionais, não se expressa em melhores indicadores, uma vez que no município constata-se alta proporção de casos sendo diagnosticados tardiamente (BRASIL, 2018a). Contudo, este estudo não avaliou as formas de detecção de casos da doença, sendo um importante indicador que poderia relacionar-se com a realização de ações no território. A alta proporção de casos detectados com grau de incapacidade e o predomínio de formas passivas de detecção sugerem diagnóstico tardio e corroboram a importância da integração das ações de controle da hanseníase na APS (ALVES *et al.*, 2017).

Segundo Amaral e Lana (2008), a passividade dos métodos de detecção pode estar relacionada à diminuição do coeficiente de detecção e contribui para aumentar o número de casos não diagnosticados, mascarando a real situação epidemiológica da hanseníase. Sendo que, modo de detecção de casos novos é um medidor da qualidade dos serviços, detecção ativa são consideradas como mais eficazes, enquanto aqueles que aguardam passivamente a demanda parecem ter maior dificuldade de quebrar a cadeia de transmissão da doença através de diagnóstico oportuno e tratamento precoces (BRASIL, 2016a).

Outra evidência relevante é que a maioria dos participantes não acompanharam casos de hanseníase no território de atuação, lembrando que o critério de inclusão do centro de saúde participante foi o local com o maior número de notificações de casos da doença. Esse

resultado demonstra a pouca atuação da APS, e reforça o fortalecimento de atividades realizadas pelo serviço de referência, que no caso de Belo Horizonte, são serviços de alta complexidade. No entanto, a integração das ações na APS é uma estratégia capaz de ampliar o acesso aos serviços, pois possibilita a descentralização das atividades de controle e a eliminação da doença como problema de saúde pública (BARSOSA *et al.*, 2014; MONTEIRO *et al.*, 2017; SALTARELLI; SEIXAS, 2016; SAVASSI; MODENA, 2015;).

4.2 COMPORTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO DE INDICADORES DE MONITORAMENTO

Em relação aos indicadores de monitoramento da hanseníase nos distritos, destaca-se o DS 6 por possuir a melhor cobertura de ESF, entretanto é o território de maior vulnerabilidade social do município de Belo Horizonte (Tabela 5). Vale destacar que essas evidências são condizentes com o planejamento instituído pelo município, uma vez que se prioriza uma maior cobertura de serviços em locais de vulnerabilidade social elevada.

Consoante Rodrigues *et al.* (2016), para além da investigação clínica e resolução de casos, a dimensão social da saúde e o contexto econômico e cultural em que vive a maior parcela da população brasileira precisam ser considerados na abordagem ao paciente. Pesquisa realizada na Índia constatou que os determinantes sociais da saúde não são apenas indispensáveis em relação ao risco de transmissão e infecção, mas também se correlacionam com as incapacidades dos acometidos pela doença (HEIDINGER *et al.*, 2018). Assim, a hanseníase afeta indivíduos com condições desfavoráveis de vida, como baixo estrato socioeconômico e com baixo índice de alfabetização (MAREGA *et al.*, 2019). Segundo Monteiro *et al.* (2017), os programas de controle precisam focar as atividades em locais de maior vulnerabilidade social com investimentos intersetoriais para a melhoria das condições de vida da população.

No tocante aos indicadores epidemiológicos da hanseníase, que monitoram o progresso da eliminação enquanto problema de saúde pública, tem-se a taxa de detecção anual, a taxa de detecção na população de zero a 14 anos, a proporção de casos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física no diagnóstico e a taxa de casos novos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física no diagnóstico por 100 mil habitantes. Como mencionado anteriormente, optou-se por realizar a média de 2012 a 2016 desses indicadores como forma de detectar possíveis oscilações.

Para a taxa de detecção anual e a taxa de detecção na população de zero a 14 anos, o DS 1 destacou-se pela maior incidência de casos novos. Vale mencionar que, neste território, é o terceiro local de maior vulnerabilidade social, e ainda, há no distrito um hospital de referência em doenças infectocontagiosas, o que pode justificar a maior detecção observada, conforme dados apresentados na tabela 5.

A presença de casos em crianças revela transmissão horizontal ativa da hanseníase (GHUNAWAT *et al.*, 2018), bem como a presença e a força de transmissão recente da endemia (BRASIL, 2016a). Desse modo, é preciso fortalecer a atuação da APS em escolas e o fortalecimento do exame de contatos em crianças, enfatizando essa atuação nos DS 4 e 5, que, apesar de haver detecção geral de casos novos com grau 2 de incapacidade física, não detectou casos na população de 0 a 14 anos.

Pesquisa que analisou a tendência histórica das taxas de detecção de hanseníase em menores de 15 anos, no período de 2001 a 2016 evidenciou que em Belo Horizonte a taxa média foi de 0,60 (média endemidade) e tendência estacionária (SCHNEIDER; FREITAS, 2018). As autoras acreditam que:

Algumas localidades apresentaram tendência estacionária com elevada taxa de detecção ao longo dos 16 anos de estudo, indicando que não houve progresso nas ações de controle da doença e, portanto, essas regiões não vêm atuando de maneira efetiva e resolutiva, sendo necessários ajustes e investimentos no planejamento em saúde para alcançar a eliminação da hanseníase (SCHNEIDER; FREITAS, p.8, 2018).

Estudo realizado por Araújo *et al.* (2017), o qual analisou a tendência de indicadores epidemiológicos da hanseníase em um estado endêmico do Brasil, constatou que diferenças no comportamento da doença entre as macrorregiões de saúde da pesquisa, podem ter ocorrido em função não só da cobertura de eSF, mas também de fatores operacionais, relativo à capacidade de os profissionais de saúde realizarem o diagnóstico e tratamento oportuno.

Assim, a descentralização conduz a um fortalecimento das ACH, fortalecendo estratégias para prevenção e controle da hanseníase, o que favorece o diagnóstico e tratamento na fase inicial da doença, a busca ativa de casos, o controle de contatos e o desenvolvimento de ações educativas (SOUZA; MATOS, 2017).

Ainda em relação aos indicadores epidemiológicos, a proporção e a taxa de casos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física no diagnóstico representam a efetividade de detecção precoce de casos novos, no entanto, constatou-se baixa proporção no DS 3 e 8 e, nos

demais distritos, houve alta proporção, demonstrando que o diagnóstico está sendo realizado tardiamente (tabela 5).

A presença de incapacidade física afeta a qualidade de vida do acometido pela hanseníase (GOVINDHARAJ; SRINIVASAN; DARLONG, 2018), assim, devem-se realizar investimentos regulares na detecção oportuna e precoce de casos novos da doença. Muthuvel *et al.* (2017) recomendam algumas ações para fortalecer a detecção, como: aumentar a conscientização de pacientes, comunidade e profissionais da saúde sobre os sinais e sintomas da hanseníase; encaminhamento oportuno para serviços de saúde pública; fortalecer a capacidade dos profissionais da APS em realizar o diagnóstico precoce; estabelecer territórios específicos de atuação para implementar o passo a passo de eliminação da doença.

Além disso, torna-se necessário investir em inovações tecnológicas que auxiliem no diagnóstico precoce da doença, com o propósito de alcançar ausência de incapacidades em menores de 15 anos até 2020, meta proposta pela Estratégia Global da Hanseníase 2016-2020 (ARAÚJO *et al.*, 2017; BRASIL, 2016a; WHO, 2016b).

Também há indicadores para avaliar a qualidade dos serviços de hanseníase que são representados neste estudo pela proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes e pela proporção de cura de hanseníase. Com relação ao exame de contatos, a maioria dos distritos apresentou proporção regular, resultado semelhante observado na cura dos casos.

O exame de contatos tem como utilidade medir a capacidade dos serviços em realizar a vigilância dos comunicantes de casos novos de hanseníase, aumentando a detecção oportuna de casos (BRASIL, 2016a). Os contatos intradomiciliares representam uma população com maior risco de adoecimento do que a população em geral devido à maior probabilidade de exposição ao bacilo (BRATSCHI *et al.*, 2015). No entanto, na prática, a avaliação do contato é realizada apenas no momento do diagnóstico do caso índice, e isso representa um distanciamento da atenção integral e da continuidade do cuidado.

Para Romanholo *et al.* (2018), o alcance das metas propostas pelo MS para o exame de contatos não traduz a qualidade do serviço, pois o autor observou em seu estudo que:

“baixa completude na realização da avaliação clínica dermatológica, mas sobretudo a neurológica, que, em conjunto, são essenciais para o diagnóstico da doença, bem como a indicação da vacina BCG sem a consideração da avaliação clínica. Ressalta-se ainda a falta de orientação pelos profissionais de saúde no que se refere à vacina BCG, retorno à unidade de saúde e orientação para mobilizar outros contatos. Por fim, reitera-se a importância do fortalecimento das ações de vigilância de contatos intradomiciliares, a

partir da garantia da cobertura do exame, mas sobretudo da qualidade de execução dessa abordagem, que é essencial para o controle da hanseníase como problema de saúde pública” (ROMANHOLO *et al.*, p. 180, 2018).

O indicador proporção de cura avalia a qualidade da atenção e do acompanhamento dos casos novos diagnosticados até a completude do tratamento (BRASIL, 2016a). Com relação à cura, a maioria dos DS apresentou proporção “regular”, conforme parâmetros do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016). A falha no tratamento está associada principalmente à falta do engajamento do paciente e da família, à ausência de medicação no posto de saúde, à carência de orientação ao paciente, ao baixo nível de escolaridade e aos efeitos colaterais dos remédios (RIBEIRO *et al.*, 2017). Esses aspectos ressaltam o papel fundamental da vigilância em saúde e fortalecimento de atuação dos serviços de APS, uma vez que são esses profissionais que tem contato direto com os pacientes e familiares.

Estudo realizado em Omã (Emirados Árabes) demonstrou que o alcance de 100% na taxa de cura relacionou-se ao bom acesso aos serviços de saúde, forte compromisso político, boa cobertura da PQT e serviço de aconselhamento prestado aos acometidos pela hanseníase (AL AWAIDY, 2017). Essas estratégias devem ser aplicadas ao Brasil, pois é preciso fortalecer a política para um país livre da hanseníase.

Para os indicadores percentual de casos tratados e notificados na atenção primária não há parâmetros, dessa maneira o DS 2 é aquele que mais acompanha casos e o distrito 8 o que mais notifica, conforme dados da tabela 5. Os casos tratados e notificados na APS refletem a capacidade do serviço em acompanhar os acometidos pela doença e realizar busca ativa para a descoberta de novos casos, assim, o monitoramento desses indicadores reflete o progresso na descentralização. No entanto, a literatura tem demonstrado a persistência do modelo tradicional e centrado na atenção médica, distantes dos preceitos do SUS e movimento rudimentar, no sentido da descentralização das ACH (GIRÃO *et al.*, 2017; RIBEIRO; LANA, 2015; SAVASSI; MODENA, 2015).

Tabela 5 – Descrição dos indicadores epidemiológicos de monitoramento, segundo distrito sanitário como unidade de análise. Belo Horizonte, MG, 2012- 2016

Indicadores	Distrito Sanitário								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Percentual da população que reside em área de elevado e muito elevado risco social ¹	32,71	20,09	24,73	27,39	12,78	47,41	23,86	16,35	35,12
Percentual de cobertura de Equipe de Saúde da Família ²	93,42	34,12	72,50	81,62	72,75	96,80	63,99	59,71	94,56
Percentual de casos de hanseníase tratados na atenção primária ³	11,62	58,33	42,05	38,49	38,79	48,48	45,00	50,36	20,07
Percentual de casos de hanseníase notificados na atenção primária ³	11,62	49,17	38,05	42,53	45,45	49,59	43,00	57,95	17,21
Taxa de detecção anual de casos novos de hanseníase por 100 mil habitantes ³	3,61	1,49	2,17	2,27	1,72	2,09	1,36	2,12	2,25
Taxa de detecção anual de casos novos de hanseníase, na população de zero a 14 anos, por 100 mil habitantes ³	0,97	0,51	0,47	0,00	0,00	0,43	0,35	0,48	0,34
Proporção de casos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico entre os casos novos detectados e avaliados no ano ³	22,93	16,67	2,50	18,79	15,33	13,52	12,38	5,00	15,71
Taxa de casos novos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico por 100 mil hab ³	0,85	0,28	0,08	0,41	0,22	0,28	0,19	0,09	0,30
Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes ³	88,69	67,99	96,36	88,01	88,12	79,84	96,42	86,88	82,40
Proporção de cura de hanseníase entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes ³	89,98	79,33	93,33	92,22	90,00	85,14	100,0	88,33	86,32

Nota: ¹ Indicador composto formado por questões relacionadas a saneamento, habitação, escolaridade, renda, social, entorno. Fonte: Prefeitura Municipal de Belo Horizonte;

² Proporção da população da unidade federada atendida por Estratégia Saúde da Família em 2014. Método de cálculo: Número de Equipes de Saúde X 3.000 X 100/ População residente. Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA- BH);

³ Indicadores de monitoramento de hanseníase, média da série histórica de 2012 a 2016. Fonte: Sistema de Notificação de Agravos à Saúde

Acredita-se que é preciso fortalecer a atuação da APS, pois a descentralização favorece o diagnóstico precoce e o controle da doença, bem como viabiliza o acompanhamento dos casos, entretanto, cabe ressaltar a importância da manutenção de profissionais capacitados para que tais ações gerem resultados favoráveis (GOMES *et al.*, 2017; KHOUDRI *et al.*, 2018; MUTHUVEL *et al.*, 2017).

4.3 AVALIAÇÃO DO GRAU DE ORIENTAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NAS AÇÕES DE CONTROLE DA HANSENÍASE

Ao avaliar o grau de orientação da APS nas ações de controle e eliminação da hanseníase, optou-se por realizar uma estratificação dos resultados, primeiramente pela experiência das categorias de participantes, e, posteriormente, pelos distritos sanitários.

4.3.1 Avaliação na perspectiva dos profissionais da atenção primária à saúde

Em relação aos serviços de atenção primária, observou-se no escore geral fraca orientação nas ACH, segundo a experiência de médicos e enfermeiros (<6,6), entretanto, o gestor e o ACS consideraram como fortemente orientado (escore geral= 7,81). A mesma relação foi constatada para o escore derivado, no qual foi fracamente orientado e, apenas o gestor realizou uma avaliação positiva autorreferindo forte orientação, conforme dados apresentados na tabela 6. Estudos que utilizaram a mesma ferramenta de avaliação observaram forte orientação no escore geral, no entanto este cenário parece estar relacionado com o nível de integração das ACH na atenção primária (LANZA; LANA, 2014; SOUSA; SILVA; XAVIER, 2017a; VIEIRA *et al.*, 2019; 2018). Os municípios de Lagoa Santa (VIEIRA *et al.*, 2019) e Teófilo Otoni (LANZA; LANA, 2014), que têm como fonte de atenção serviços especializados, apresentaram fraca orientação da APS na realização das ações da doença, corroborando essa hipótese.

Estudo realizado por Souza e Matos (2017), o qual avaliou o comportamento de indicadores epidemiológicos e a qualidade da atenção à hanseníase, evidenciou que o processo de descentralização em Juazeiro (BA), favoreceu o diagnóstico e tratamento na fase inicial da doença, a busca ativa de casos, o controle de contatos e o desenvolvimento de ações educativas.

No escore essencial constatou-se forte orientação da atenção primária nas ACH na perspectiva das diferentes categorias, entretanto o ACS considerou a integralidade dos

serviços prestados como fracamente orientada para a assistência em hanseníase. Os demais atributos que compõem o escore essencial foram avaliados com forte orientação da APS para a hanseníase. Vale destacar que, semelhante ao atributo “orientação familiar”, os atributos atendimento continuado e coordenação, não foram calculados devido à elevada quantidade de *missings* (>50%).

Particularmente em relação à hanseníase, o acesso é determinado pela priorização desse agravo na política de saúde, pela presença de profissionais capacitados e comprometidos na realização das ACH, pela disponibilização de instrumentos para a realização do exame dermatoneurológico, pelo oferecimento do exame baciloscópico e pela disponibilização de recursos para a divulgação dos sinais e sintomas da hanseníase para a população (LANZA; LANA, 2011a, p. 351). Obstáculos para acessar os serviços de APS, em especial, o suspeito de hanseníase, podem causar retardo no diagnóstico precoce e conduzir ao aparecimento de sequelas irreversíveis. Assim, o aumento da cobertura da eSF contribuiu para o aumento da detecção de casos da doença, redução de casos em menores de 15 anos e com grau 2 de incapacidade (GOMES *et al.*, 2017).

Para Penna, Grossi e Penna (2013), o principal desafio é a constante melhoria do acesso aos serviços de saúde de qualidade nos três níveis de atenção para as pessoas afetadas pela hanseníase e para o tratamento de sequelas da doença. É fato que essa tarefa visa atender às necessidades específicas das ACH, uma vez que o diagnóstico e o tratamento eficiente dos doentes é a base primordial para o controle da doença.

Nos atributos derivados (orientação comunitária e profissional) observou-se convergência na avaliação dos participantes, pois em todas as categorias houve fraca orientação da APS na atenção à hanseníase. Vale mencionar que o atributo orientação familiar foi avaliado apenas pelos gestores, uma vez que a maioria dos ACS, médicos e enfermeiros não acompanharam casos de hanseníase, requisito para responder aos itens do atributo. Assim obteve-se mais de 50% de *missings*. Pesquisas que utilizaram o PCAT- hanseníase, nas diferentes versões, também evidenciaram fragilidades no escore derivado formado pelos atributos qualificadores da atenção à hanseníase (LANZA; LANA, 2014; SOUSA; SILVA; XAVIER, 2017a; VIEIRA *et al.*, 2019; 2018).

Segundo Starfield (2002, p. 487), a orientação comunitária é um atributo derivado que se refere ao conhecimento das necessidades em saúde dos usuários, em um contexto social. Assim, os trabalhos desenvolvidos na comunidade são fundamentais para o controle e eliminação da hanseníase, deve-se refletir sobre estratégias alinhadas com as características

sociodemográficas para melhorar o conhecimento sobre a doença (MUTHUVEL *et al.*, 2017; SINGH; SINGH; MAHATO, 2019). Além disso, torna-se necessário divulgar a situação epidemiológica da hanseníase, tanto para as comunidades como para os profissionais da APS. É perceptível que populações que residem em área de alta endemicidade da doença desconhecem essa informação, esse fator pode gerar prejuízos no controle da doença, pois a falta de informação torna os indivíduos pouco atentos para a questão das manchas com perda de sensibilidade.

Com relação à qualificação dos profissionais de saúde da APS de Belo Horizonte, observaram-se fragilidades importantes, as quais os informantes-chave consideraram uma APS fracamente orientada na atenção à hanseníase para o atributo orientação profissional. Conforme definição de Almeida e Macinko (2006, p. 71):

A formação do profissional na atenção primária requer frequentes capacitações para desempenhar as funções alinhadas com os atributos da atenção primária e diretrizes do SUS. Sendo que serviços de APS pautados nos atributos ordenadores da atenção, e profissionais capacitados e qualificados para desenvolver as ações de controle das doenças, tem potencial transformador no panorama epidemiológico.

Embora curável, a doença carece de profissionais qualificados para realizar o diagnóstico precoce e suspeição de casos. Como o diagnóstico da hanseníase é eminentemente clínico e epidemiológico, isso torna a doença dependente da sensibilidade dos profissionais da APS em realizar a suspeição de casos. Por ser uma enfermidade de diagnóstico clínico, quando a hanseníase se torna pouco frequente, os médicos perdem a familiaridade com ela, tendem a não considerá-la entre as hipóteses diagnósticas possíveis diante de um caso suspeito, muitas vezes contribuindo para um maior atraso no diagnóstico e levando ao agravamento do caso (SEGURADO; CASSENTE; LUNA, 2016).

Além disso, o aparecimento de outras doenças emergentes, aliado aos problemas na implantação do SUS com equipes básicas e gestores pouco preparados, com quantidade insuficiente de profissionais e com a concepção de saúde pública que privilegia a média e alta complexidade, a hanseníase corre o risco de “cair” em esquecimento (PASCHOAL, 2017).

Dessa forma, é unanimidade na literatura nacional e internacional a importância das capacitações destinadas aos profissionais da APS (ALOTAIBI *et al.*, 2016; BELDARRAÍN-CHAPLE, 2017; CORREIA *et al.*, 2019; GOMES *et al.*, 2017; MAREGA *et al.*, 2019; MUTHUVEL *et al.*, 2017; SOUSA; SILVA; XAVIER, 2017a; 2017b).

No entanto, é preciso avaliar os impactos que as capacitações geram, tanto do ponto de vista individual como organizacional. É comum observar poucos efeitos dos treinamentos, resultando em sua baixa efetividade (SOUZA *et al.*, 2015). Estratégias como a Educação a Distância (EaD) tem sido incorporada na formação dos profissionais, pois a utilização de tecnologia virtual logo após o treinamento presencial permite aprofundar os conhecimentos teóricos sobre a doença e acompanhar o desempenho das equipes nas ações de eliminação da hanseníase (COELHO *et al.*, 2017). Além disso, o investimento em treinamento de profissionais e fixação de médicos podem contribuir significativamente para melhorar os índices de eficiência obtidos pelas ESF (ROCHA *et al.*, 2014).

A família deve compreender o processo de saúde-doença, terapêutica medicamentosa e facilitar a adesão ao tratamento; o contato com as condições de vida e saúde das populações permite a compreensão de suas necessidades que vão além das práticas curativas (FUZIKAWA *et al.*, 2010; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). O grau de orientação da APS para o atributo “orientação familiar” foi calculado apenas para os gestores, esse fato limita avaliações aprofundadas da família no contexto da hanseníase. No entanto, a forte orientação observada pelos gestores sugere que há preocupação com a perspectiva familiar, porém isso não demonstra efetividade na incorporação da família no contexto da hanseníase. Em especial, na doença, a família deve ser inserida no processo terapêutico, pois o núcleo familiar é o grupo de risco de contrair a doença (VIEIRA *et al.*, 2018).

Para Ribeiro *et al.* (2017), a falha no tratamento está associada principalmente à falta do engajamento do paciente e da família, por isso deve-se reforçar estratégias de educação em saúde e incentivo para participação dos familiares como apoio ao tratamento do paciente. Além disso, a adesão ao exame de contatos está relacionada ao envolvimento familiar e isso demonstra a importância da participação ativa das famílias atingidas pela doença (ROMANHOLO *et al.*, 2018).

Pesquisa que avaliou a visão dos enfermeiros atuantes na APS sobre o tratamento da hanseníase observou a maior preocupação dos profissionais com a PQT, dando pouca ênfase à relevância da participação da família como coadjuvante no apoio ao familiar com diagnóstico de hanseníase (RIBEIRO *et al.*, 2017). Constata-se a necessidade de fortalecer a atuação da família na atenção à hanseníase, mas é preciso que os profissionais da APS compreendam as necessidades em saúde do território, onde estão exercendo suas funções.

Tabela 6 – Descrição dos escores geral, essencial, derivado e por atributos da atenção primária à saúde nas ações de controle da hanseníase segundo a experiência de gestores, médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde. Belo Horizonte, MG, 2014

Atributos da Atenção Primária	Gestor (N=189)			Médico (N=65)			Enfermeiro (N=79)			ACS (N=75)		
	Mínimo / Máximo	Média / Mediana	DP	Mínimo / Máximo	Média / Mediana	DP	Mínimo / Máximo	Média / Mediana	DP	Mínimo / Máximo	Média / Mediana	DP
Porta de entrada	2,50/10,00	8,12/8,33	1,34	3,33/10,00	7,51/ 7,50	1,5	3,33/10,00	7,97/8,33	1,49	4,17/ 10,00	8,68/ 9,17	1,29
Acesso	5,71/10,00	8,27/8,01	0,96	5,00/10,00	8,00/ 8,33	1,23	5,56/10,00	8,19/8,33	1,22	6,67/ 10,00	8,80/ 8,66	0,76
Atendimento Continuoado	0,00/10,00	8,47/10,00	1,86	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Integralidade: Serviços disponíveis	8,24/10,00	9,82/10,00	0,28	8,04/10,00	9,74/ 9,80	0,35	8,63/10,00	9,73/9,80	0,28	8,67/10,00	9,73/10,00	0,34
Integralidade: Serviços prestados	1,11/10,00	7,57/ 7,77	1,87	0,00/10,00	6,79/ 7,22	2,34	0,00/10,00	7,47/7,77	2,01	4,58/ 10,00	5,62/ 6,11	3,12
Coordenação	4,10/10,00	7,77/ 7,94	1,23	1	1	1	1	1	1	2	2	2
Escore essencial	6,33/9,92	8,34/ 8,41	0,8	5,89/9,65	8,01/ 8,12	0,96	5,41/9,85	8,34/8,40	0,78	5,75/ 9,83	8,21/ 8,25	0,93
Orientação familiar	2,22/10,00	8,64/10,00	1,94	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Orientação comunitária	2,12/10,00	6,29/6,36	2,12	0,00/8,68	2,54/ 2,00	2,31	0,00/9,33	2,71/2,00	2,27	0,00/10,00	5,14/ 5,00	2,68
Orientação profissional	0,00/10,00	5,34/5,55	2,29	1,11/8,89	4,99/ 5,55	1,85	0,00/10,00	4,02/4,44	2,36	0,00/10,00	2,46/ 2,22	2,8
Escore derivado	2,88/10,00	6,75/7,05	1,56	1,11/8,44	3,76/ 3,77	1,65	5,41/9,85	3,36/3,22	1,93	0,00/10,00	3,80/ 3,75	2,39
Escore geral	5,28/9,80	7,81/7,90	0,93	4,49/9,20	6,50/6,47	0,96	3,79/8,90	6,68/6,70	0,9	4,30/9,78	6,74/6,61	1,27

Fonte: elaborada pelos autores

Nota: DP – Desvio Padrão

¹ Missing; ² Não se aplica

4.3.2 Distrito sanitário

Sob a ótica do território, de maneira descritiva, não foram constatadas discrepâncias quando o DS foi utilizado como unidade de análise dos dados. Vale ressaltar que, conforme os resultados apresentados na tabela 7 que os atributos atendimento continuado, coordenação e orientação familiar não foram calculados devido à quantidade de *missing* (>50%), não apresentados na tabela.

Em relação ao escore e os atributos essenciais, observou-se forte orientação da atenção primária no desempenho das ações de hanseníase, entretanto destaca-se no DS 1 e 8, fraca orientação da APS no atributo integralidade dos serviços prestados, enquanto que nos demais houve forte orientação (tabela 7).

Essa diversidade no desempenho observado no território é justificada pelas iniquidades em saúde, que são diferenças sistemáticas e injustas nas quais a população está submetida, o que acarreta prejuízo nas oportunidades equitativas de saúde e serviços relacionados (MARMOT, 2005; OMS, 2008). As iniquidades são resultantes dos determinantes sociais da saúde, como educação, emprego e acesso à assistência, que é distribuída de maneira desigual, tanto globalmente quanto dentro das nações (OMS, 2008).

Diante do pressuposto de que o perfil dos acometidos pela hanseníase é constituído, prioritariamente, por indivíduos em vulnerabilidade social, a restrição do acesso a serviços de saúde determina o agravamento da doença. Como a APS é porta de entrada ideal para o Sintomático Dermatológico, torna-se necessário reduzir as iniquidades em saúde como forma de melhorar as condições de saúde da população, principalmente, aquelas que apresentam uma maior vulnerabilidade social.

Diversas políticas sociais e de saúde pública reduziram o efeito das desigualdades de renda, que podem ter impacto na saúde e no acesso à assistência no Brasil, com o Programa Bolsa Família (PBF) e a ESF (CALVASINA *et al.*, 2018). O PBF é um programa de Transferência Condicional de Renda (CCT), estabelecido em 2003, que visa aliviar a pobreza e reduzir as desigualdades por meio do pagamento em dinheiro às famílias mediante o cumprimento de um conjunto de educação em saúde e educação. (LINDERT *et al.*, 2007).

Estudo realizado no Norte do Brasil identificou redução significativa da razão de taxa de incidência de casos de hanseníase com o aumento da cobertura do programa bolsa família (MONTEIRO *et al.*, 2017). E os autores apontaram a necessidade de fortalecer os programas de controle em municípios de maior vulnerabilidade social com investimentos intersetoriais para a melhoria das condições de vida da população.

Resultados divergentes foram observados nos atributos derivados (orientação profissional e comunitária), uma vez que se constatou fraca orientação da APS em realizar as atividades de hanseníase nos nove distritos avaliados.

No escore geral, que representa o desempenho global, obteve-se forte orientação do serviço em desempenhar ações independente do distrito, porém destacou-se o DS 7 com a melhor avaliação (tabela 7). Vale ressaltar que houve diferenças no desempenho ao comparar os distritos e a experiência dos profissionais, essas desigualdades são explicadas, pois a amostra por distrito foi predominantemente composta por gestores. Conforme avaliação da tabela 6, os gestores autorreferiram melhor avaliação em comparação com as demais categorias de participantes e isso justificou o alto desempenho quando se utilizou o território como unidade de análise.

Dessa maneira, os resultados do território devem ser analisados com cautela e levando-se em conta a composição da amostra.

Recentemente, o Institute for Health Care Improvement (WYATT *et al.*, 2016) lançou um apelo urgente para que as organizações de saúde tornem a equidade em saúde uma prioridade estratégica em todos os níveis, como forma de reduzir discriminações que sustentam as iniquidades (BROWNE *et al.*, 2018).

No contexto atual, a APS é compreendida como o ponto de articulação dos vários serviços, bem como alta capacidade de reconhecer as necessidades em saúde. Dessa maneira, torna-se fundamental na redução das iniquidades sociais, e conseqüentemente, na redução das desigualdades em saúde.

Assim, a construção de indicadores compostos no campo da saúde contribui para nortear as políticas públicas e a definição de prioridades na alocação de recursos (PBH, 2013). Em Belo Horizonte, a gestão municipal adotou o indicador composto Índice de Desenvolvimento humano (IDh), que permite reorientar o fluxo de recursos e representa um instrumento que pode ampliar a justiça social. A hanseníase, por sua forte relação com os determinantes sociais, cria desafios aos serviços de saúde, tornando-se necessário o planejamento da gestão municipal.

No entanto, os resultados deste estudo apontaram distanciamento entre o planejamento das ACH e a avaliação da vulnerabilidade social da população, uma vez que distritos com alta vulnerabilidade social apresentaram desempenho inferior (D1, D6 e D9) quando comparados aos demais. Além da necessidade da investigação clínica para diagnóstico e resolução de casos de hanseníase, a dimensão social da saúde e o contexto econômico e cultural em que

vive a maior parcela da população precisam ser considerados na abordagem ao paciente (RODRIGUES *et al.*, 2016).

Para Muthuvel *et al.* (2008), as desigualdades geradas pelo contexto social, cultural e econômico nos grupos de maior vulnerabilidade geram barreiras no acesso aos serviços de saúde. Além disso, estudo realizado em Moçambique demonstrou que a renda, alimentação e escolaridade apresentam relação com as incapacidades causadas pela doença (MAREGA *et al.*, 2019).

Portanto, o estudo dos determinantes sociais da saúde é fundamental para compreender a relação de risco de transmissão e infecção, cura bem-sucedida, mas também se correlacionam com o status de incapacidade das pessoas afetadas pela hanseníase (HEIDINGER *et al.*, 2019).

Evidencia-se o impacto das políticas, destacando-se em locais de maior vulnerabilidade social, com investimentos intersetoriais focados na melhoria das condições de vida da população (MONTEIRO *et al.*, 2017).

Tabela 7 – Descrição dos escores geral, essencial, derivado e por atributos da atenção primária à saúde nas ações de controle da hanseníase segundo o distrito sanitário. Belo Horizonte, MG, 2014

(conclusão)

Distrito Sanitário		Porta de entrada	Acesso	Integralidade: Disponíveis	Integralidade: Prestados	Orientação Comunitária	Orientação Profissional	Essencial	Derivado	Geral
7 (N=49)	Média	8,59	8,96	9,87	7,70	5,47	5,54	8,74	5,85	7,78
	Mediana	8,33	9,05	10,00	8,33	6,00	6,11	8,86	7,02	7,69
	Desvio Padrão	1,13	0,94	0,19	2,08	2,91	2,87	0,72	2,83	1,24
8 (N=28)	Média	7,83	8,68	9,95	6,65	5,05	4,58	8,22	5,35	7,26
	Mediana	7,50	8,57	10,00	6,67	5,45	5,00	8,19	5,36	7,25
	Desvio Padrão	1,05	0,86	0,10	1,97	2,30	2,25	0,52	2,30	0,88
9 (N=56)	Média	7,96	8,50	9,83	7,12	4,33	4,19	8,31	4,63	7,08
	Mediana	7,50	8,67	10,00	7,22	5,08	4,44	8,27	4,51	7,11
	Desvio Padrão	1,19	0,93	0,23	1,94	2,91	2,25	0,69	2,46	1,08
Total (N=408)	Média	8,10	8,32	9,78	7,07	4,79	4,50	8,27	5,08	7,20
	Mediana	8,33	8,33	10,00	7,22	5,00	4,44	8,33	5,14	7,15
	Desvio Padrão	1,43	1,06	0,31	2,36	2,69	2,58	0,84	2,40	1,15

4.4 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NAS AÇÕES DE CONTROLE DA HANSENÍASE E OS EFEITOS EM INDICADORES DE MONITORAMENTO

Obtiveram-se, como resultado na correlação de *Spearman*, que as variáveis explicativas as quais não apresentaram significância estatística estão o percentual da população que reside em área de elevado e muito elevado risco social, o percentual de casos notificados na atenção primária, à taxa de detecção de casos novos, a taxa de detecção de casos na população de zero a 14 anos, a proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes e a proporção de cura entre os casos novos nos anos das coortes, conforme dados apresentados na tabela 8.

As variáveis correlacionadas ($p < 0,05$) ao escore essencial foi a proporção de casos diagnosticados com grau 2 de incapacidade física ($\rho = -0,783$) e a taxa de casos com diagnóstico de grau 2 de incapacidade ($\rho = -0,767$). Com relação ao escore derivado, a correlação foi significativa ($p < 0,05$) para o percentual de casos tratados na APS ($\rho = 0,667$). Entretanto, para o escore geral, as variáveis que apresentaram correlação significativa ($p < 0,05$) foram o percentual de casos tratados na APS ($\rho = 0,750$) e o percentual de cobertura de ESF ($\rho = -0,750$).

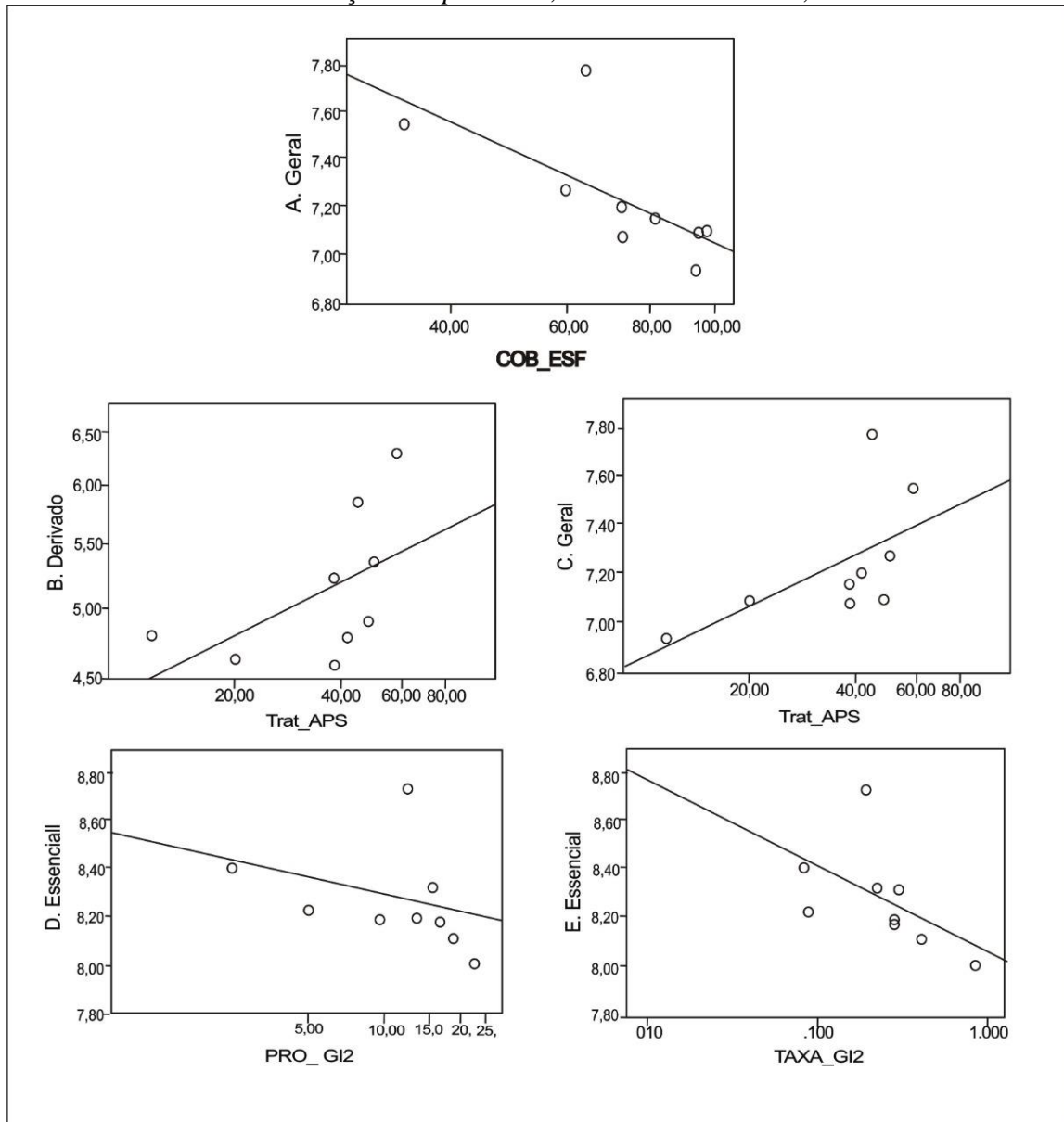
Tabela 8 – Correlação entre os indicadores de monitoramento da hanseníase e os escores essencial, derivado e geral da atenção primária nas ações de controle da hanseníase, utilizando o distrito sanitário como unidade de análise. Belo Horizonte, MG, 2014

Indicadores de monitoramento	Escore					
	Essencial		Derivado		Geral	
	rho	p	rho	p	rho	p
Percentual da população que reside em área de elevado e muito elevado risco social	-0,333	0,381	-0,183	0,637	-0,367	0,332
Percentual de cobertura de Equipe de Saúde da Família	-0,250	0,516	-0,600	0,088	-0,750	0,020
Percentual de casos de hanseníase tratados na atenção primária	0,183	0,637	0,667	0,050	0,750	0,020
Percentual de casos de hanseníase notificados na atenção primária	0,083	0,831	0,467	0,205	0,467	0,205
Taxa de detecção anual de casos novos de hanseníase por 100 mil habitantes	-0,550	0,125	-0,417	0,265	-0,617	0,077
Taxa de detecção anual de casos novos de hanseníase, na população de zero a 14 anos, por 100 mil habitantes	-0,360	0,342	0,393	0,295	0,142	0,715
Proporção de casos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico entre os casos novos detectados e avaliados no ano	-0,783	0,013	0,000	1,000	-0,483	0,187
Taxa de casos novos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico por 100 mil hab	-0,767	0,016	-0,117	0,765	-0,600	0,088
Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	0,467	0,205	-0,200	0,606	0,017	0,966
Proporção de cura de hanseníase entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes	0,500	0,170	-0,133	0,732	0,150	0,700

Nota: rho: coeficiente ρ de Spearman; p: significância estatística.

Como forma de visualizar os resultados obtidos pelo teste de Correlação de *Spearman*, elaboraram-se os gráficos de dispersão com as correlações significativas, conforme gráfico 3.

Gráfico 3 – Gráfico de dispersão das variáveis que foram significativas ($p < 0,05$) no teste de correlação de *Spearman*, Belo Horizonte MG, 2014



Nota: A. Correlação de Spearman entre o escore geral e o percentual de cobertura de saúde da família; B. Correlação de Spearman entre o escore derivado e o percentual de casos de hanseníase tratados na atenção primária; C. Correlação de Spearman entre o escore geral e o percentual de casos de hanseníase tratados na atenção primária; D. Correlação de Spearman entre o escore essencial e a proporção de casos novos de hanseníase diagnosticados com grau 2 de incapacidade física no diagnóstico; E. Correlação de Spearman entre o escore essencial e a Taxa de casos novos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física no diagnóstico por 100 mil habitantes.

Em Belo Horizonte, constatou-se alta orientação da APS nas ACH no escore geral, e correlação significativa com o percentual de cobertura de ESF e com os casos tratados na atenção primária. Houve alta orientação da APS para o escore essencial e correlação com indicadores que refletem o diagnóstico precoce (detecção de casos com grau 2 de

incapacidade física). Entretanto, o escore derivado apresentou baixa orientação da APS nas ações da doença, e correlação com o percentual de casos tratados na atenção primária.

A ESF visa organizar o modelo assistencial de acordo com os preceitos do SUS, sendo estratégia de expansão do acesso, qualificação e consolidação do sistema, além disso, propicia boa relação custo-efetividade para o serviço (BRASIL, 2017). A correlação entre a cobertura da ESF e o escore geral é consequência da priorização estabelecida, em que a maior cobertura encontra-se em locais de maior vulnerabilidade social do município.

Assim, os locais com a maior cobertura de eSF são os DS com alta demanda de atendimento, pois nessas regiões a população apresenta piores condições socioeconômicas, o que resulta em maior utilização dos serviços de APS. O elevado número de populações socioeconomicamente desfavorecidas demonstra a necessidade de investimentos intersetoriais para a melhoria das condições de vida da população, pois a boa cobertura pelas eSF não garante a descoberta de casos, sendo necessário refletir sobre os determinantes sociais da doença (MONTEIRO *et al.*, 2017). No entanto, admite-se que a elevação de cobertura de atenção primária reflete na qualificação dos indicadores de monitoramento da hanseníase (SOUZA; MATOS, 2017).

O PCAT- hanseníase é pautado no marco teórico da APS (STARFIELD, 2002) e nas ACH preconizadas na política vigente (BRASIL, 2016a). Nesse contexto, estudos que utilizaram o PCAT- hanseníase constataram forte orientação da APS no escore geral, corroborando as evidências encontradas neste estudo (LANZA; LANA 2014; SOUSA; SILVA; XAVIER, 2017a; VIEIRA *et al.*, 2018;). Portanto, a atenção primária é o cenário ideal para o desenvolvimento de ações que promovam a saúde dos usuários, do ponto de vista individual e coletivo (RIBEIRO *et al.*, 2017).

A correlação entre o escore geral e derivado com o percentual de casos tratados na APS demonstra a efetividade do serviço em desempenhar as ACH, pois quando o profissional assume o caso na atenção primária, há melhor avaliação da qualidade assistencial. No Brasil, durante décadas, a assistência ao acometido pela hanseníase foi realizada por unidades especializadas, com hansenólogos e dermatologistas (SAVASSI; MODENA, 2015), com o foco prioritário nos aspectos biomédicos, o que aumenta o estigma e o distanciamento da visão integral da assistência.

No entanto, pesquisas demonstram que a integração das ações de hanseníase na atenção primária é uma estratégia capaz de ampliar o acesso, possibilitando a incorporação das atividades de detecção precoce e qualificando a assistência (ALVES *et al.*, 2017; MONTEIRO *et al.*, 2017; RIBEIRO *et al.*, 2017; RIBEIRO; LANA, 2015; RODRIGUES *et*

al., 2015). Acredita-se que o fortalecimento das ACH na atenção primária aumenta a realização da detecção precoce de casos, por meio da vigilância em saúde realizada nas unidades, de tal forma, contribui na redução das incapacidades físicas causadas pela doença e diminuição do estigma.

Com relação ao escore derivado composto pelos atributos (orientação comunitária, familiar e profissional) qualificadores do serviço, constatou-se variabilidade nos DS, destacando-se a fraca orientação da APS em desempenhar as ações de controle da doença. O desempenho desigual aponta que questões demográficas, sociais e epidemiológicas podem influenciar na qualidade dos serviços (SOUZA; MATOS, 2017). No que concerne aos aspectos epidemiológicos da doença, observa-se distribuição heterogênea no território brasileiro (SCHNEIDER; FREITAS, 2018). Nesse contexto, torna-se necessário mobilizar políticas públicas de saúde no sentido de promover a redução das iniquidades econômicas, sociais e de saúde (MONTEIRO *et al.*, 2017).

Experiência internacional demonstrou a importância do compromisso político no desenvolvimento do programa de controle da doença, cobertura universal da PQT, profissionais treinados e aconselhamento aos acometidos pela hanseníase, fatores que contribuem para a eliminação da endemia (AL AWAIIDY, 2017).

Ademais, como forma de fortalecer os atributos derivados, evidencia-se a importância de centrar a assistência no núcleo familiar e na orientação para a comunidade, o que resulta em melhores resultados de saúde para a população (ALENCAR *et al.*, 2014; SILVA; GOVANELLA; MAINBOURG, 2014). Uma vez que, a orientação familiar consiste na avaliação das necessidades individuais para a atenção integral, deve-se considerar o contexto familiar e seu potencial de cuidado, e, a comunitária é o reconhecimento por parte do serviço das necessidades da comunidade através de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade (STARFIELD, 2002).

Os estudos sobre a orientação comunitária sugerem que as equipes têm dificuldade de desempenhar as atividades, como avaliação da situação epidemiológica para a programação de ações, busca ativa de casos, parcerias intersetoriais e trabalhos educativos (MUTHUVEL *et al.*, 2017) para informar a comunidade sobre os sinais e sintomas da doença (SALTARELLI; SEIXAS, 2016; SILVA *et al.*, 2016; SOUSA; SILVA; XAVIER, 2017b). Torna-se oportuno destacar que não somente na hanseníase há problemas com relação à orientação comunitária, pesquisa realizada em Belo Horizonte, que avaliou a APS, também constatou fraca orientação nos serviços em geral (TURCI; LIMA-COSTA; MACINKO, 2015).

Dessa forma, há necessidade de reestabelecimento das atribuições da eSF no território, bem como a formação e a ressignificação da atuação dos gestores, médicos, enfermeiros, ACS e comunidade sobre o reconhecimento das necessidades do território, promovendo a mobilização e o controle social de forma ativa.

O cuidado centrado na família revela-se como potencial de qualificação na assistência à hanseníase, uma vez que o núcleo familiar é o grupo susceptível de adquirir a doença. O apoio da família no tratamento da hanseníase é primordial na obtenção de resultados positivos, uma vez que a família contribui na compreensão do processo saúde-doença e na adesão à terapêutica medicamentosa, fortalecendo a vigilância em saúde (RIBEIRO *et al.*, 2017). Porém, estudos têm apontado que a incorporação da família nas práticas assistenciais ainda é incipiente e os usuários constataam pouco ou nenhum interesse dos profissionais da eSF em conhecer suas condições de vida e de seus familiares (ALENCAR *et al.*, 2014; SILVA; GOVANELLA; MAINBOURG, 2014).

Com relação ao escore essencial, houve forte orientação da APS na hanseníase, esse escore é formado por um componente relacionado à estrutura e outro ao processo de atenção, por exemplo, o acesso formado pelo componente acessibilidade (estrutura) e pelo componente utilização (processo) (BRASIL, 2010). Nesta pesquisa, constatou-se correlação inversa entre o escore essencial e a proporção e a taxa de casos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física no diagnóstico. Sendo que, os casos diagnosticados com grau 2 de incapacidade física avaliam a efetividade das atividades da detecção oportuna e/ou precoce de casos, e nos DS, houve alta proporção de diagnóstico tardio (≥ 10) (BRASIL, 2016a). O escore essencial é formado pelos atributos porta de entrada, acesso, integralidade, coordenação e atendimento continuado, dimensões que se relacionam com a detecção oportuna dos casos.

Ações como as campanhas operacionalizadas pelos serviços de saúde, realização de ações educativas, cobertura populacional das ações de controle da doença e a competência dos profissionais de saúde para realizarem o diagnóstico exato e precoce são estratégias para eliminação e controle da hanseníase (ALVES *et al.*, 2017).

O diagnóstico é clínico e, quando a doença se torna pouco frequente, os médicos perdem a familiaridade, tendem a não considerá-la entre as hipóteses diagnósticas possíveis diante de um caso suspeito, o que contribui para um maior atraso no diagnóstico e leva ao agravamento do caso (SEGURADO; CASSENOTE; LUNA, 2016). Por isso, estudos têm demonstrado a importância da capacitação destinada a profissionais que atuam na atenção primária, não só médicos e enfermeiros, como também ACS (NETA *et al.*, 2017; SOUSA; SILVA; XAVIER, 2017b). Acredita-se que as capacitações têm o poder de modificar uma

situação epidemiológica no que tange às ACH, pois estimulam um olhar diferenciado para desempenhar as ações de hanseníase.

4.5 COMPARAÇÃO DO GRAU DE ORIENTAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NAS AÇÕES DE HANSENÍASE ENTRE MÉDICOS, ENFERMEIROS, GESTORES E AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Para realizar a comparação entre as categorias de profissionais, e assim, evidenciar diferenças no grau de orientação da APS na atenção à hanseníase, optou-se por utilizar o escore essencial, derivado e geral como variáveis dependentes. Após o cálculo dos escores, aplicou-se o modelo de regressão linear múltipla, no qual foi aplicado o método *bootstrap* como técnica de estimação. Dessa forma, o modelo final que melhor representou a comparação entre os participantes foi aquele ajustado pelos distritos sanitários, no quais os entrevistados atuavam.

Assim, como as variáveis “distrito sanitário” e “categoria profissional” são qualitativas, houve a necessidade de transformá-las em variáveis *dummy*. Além disso, optou-se por escolher o DS 7 e os gestores como referência, uma vez que obtiveram a melhor avaliação na análise descritiva.

Em relação ao escore essencial, destacou-se que médico apresentou -0,34 ($p= 0,002$) no escore em relação ao gestor, enquanto que nas outras categorias as diferenças não foram significativas, conforme dados da tabela 9. No que se refere aos distritos, constatou-se diferenças significativas ($p<0,05$) comparando-se o distrito 7 com os demais, e ainda, que a maior diferença encontra-se no distrito 1 (coeficiente $\beta= -0,75$).

Tabela 9 – Modelo de regressão linear múltipla utilizando o método *bootstrap*, segundo o escore essencial. Belo Horizonte, MG, 2014

Variáveis	Coefficiente β	IC 95%		Valor-p	R ²	Valor-p
Constante	8,82	8,60	9,03	<0,001		
Categoria						
ACS	-0,12	-0,36	0,14	0,321		
Médico	-0,34	-0,58	-0,10	0,002		
Enfermeiro	0,02	-0,18	0,23	0,907		
Distrito sanitário						
D1	-0,75	-1,05	-0,43	<0,0001	0,085	p<0,0001
D2	-0,61	-1,03	-0,23	0,005		
D3	-0,35	-0,67	-0,04	0,027		
D4	-0,62	-0,96	-0,32	<0,0001		
D5	-0,42	-0,76	-0,12	0,010		
D6	-0,55	-0,86	-0,27	<0,0001		
D8	-0,53	-0,83	-0,26	<0,0001		
D9	-0,41	-0,67	-0,16	0,003		

Nota: IC: Intervalo de Confiança; R²: valor do modelo de regressão linear múltipla - *bootstrap*.

Dentre as atribuições propostas pelo MS para o gerente de atenção básica estão:

Participar e orientar o processo de territorialização, diagnóstico situacional, planejamento e programação das equipes, avaliando resultados e propondo estratégias para o alcance de metas de saúde, junto aos demais profissionais; conhecer a rede de serviços e equipamentos sociais do território, e estimular a atuação intersetorial, com atenção diferenciada para as vulnerabilidades existentes no território (BRASIL, 2017).

No entanto, observa-se na prática que o gerente atua pouco no que concerne ao território. Acredita-se que esse distanciamento está relacionado à sobrecarga de trabalho e às várias atividades que esse profissional desempenha, principalmente, as tarefas burocráticas. Assim, na avaliação, os gestores têm uma visão conservadora quando comparado às demais categorias profissionais. O gestor é essencial para apoiar e valorizar a formação e capacitação dos servidores nas ACH, pois isso gera bons resultados assistenciais (SOUSA; SILVA; XAVIER, 2017a).

Pesquisa realizada no Ceará constatou pouca participação da ESF na atenção à hanseníase, e isso relacionou-se à centralização do serviço, à adesão dos usuários às atividades de prevenção e tratamento desenvolvidas, e à falta de apoio da gestão municipal (GIRÃO *et al.*, 2017). Em síntese, esse agregado de estudos demonstra a importância do engajamento político da gestão na temática da hanseníase, uma vez que é preciso realizar movimentos no sentido de fortalecer o processo de descentralização das ACH. Admite-se que

as mudanças na atenção à doença podem ser induzidas pelo compromisso político dos gestores. Essa prerrogativa é proposta na Estratégia Global para Hanseníase 2016-2020, que orienta fortalecer o controle e a coordenação das ações de controle da doença (WHO, 2016b)

Outro resultado evidente é a diferença existente entre o DS7 e o DS1 no escore essencial. O escore essencial é formado pelas dimensões porta de entrada, acesso, integralidade dos serviços disponíveis e prestados (LANZA; LANA, 2014), acredita-se serem atributos sensíveis à cobertura de saúde da família. Porém o DS 7 (63,99%) apresenta uma menor cobertura quando comparado ao DS1 (93,42%), mas é preciso discutir a questão do planejamento instituído em Belo Horizonte no qual preconiza a maior cobertura em áreas de maior vulnerabilidade social.

No escore derivado, constatou-se diferença significativa ($p < 0,05$) quando se comparou os gestores com as demais categorias, demonstrando que o gestor tem uma opinião conservadora, uma vez que os coeficientes β foram negativos em comparação com a constante (coeficiente $\beta = 7,49$). Em relação ao distrito, apenas o DS2 e o DS4 não apresentaram significância estatística ($p > 0,05$). Como o modelo foi significativo ($p < 0,001$), podemos inferir que a categoria profissional é a variável que melhor explica o escore derivado, de acordo com a tabela 10.

Tabela 10 – Modelo de regressão linear múltipla utilizando o método *bootstrap*, segundo o escore derivado. Belo Horizonte, MG, 2014

Variáveis	Coefficiente β	IC 95%		Valor-p	R^2	Valor-p
Constante	7,49	6,94	8,02	p<0,0001		
Categoria						
ACS	-2,94	-3,49	-2,34	p<0,0001		
Médico	-2,97	-3,39	-2,54	p<0,0001		
Enfermeiro	-3,37	-3,85	-2,88	p<0,0001		
Distrito sanitário						
D1	-0,82	-1,57	-0,10	0,031	0,450	p<0,0001
D2	-0,29	-1,27	0,74	0,542		
D3	-1,11	-1,85	-0,38	0,005		
D4	-0,48	-1,22	0,34	0,228		
D5	-1,24	-2,02	-0,48	0,006		
D6	-1,05	-1,79	-0,27	0,007		
D8	-0,82	-1,60	-0,07	0,035		
D9	-0,88	-1,59	-0,17	0,018		

Nota: IC: Intervalo de Confiança; R^2 : valor do modelo de regressão linear múltipla - *bootstrap*.

Destaca-se a visão destoante entre o gestor e o enfermeiro, que apresentou a maior diferença. Os gestores deveriam planejar as ações de hanseníase alinhadas à realidade do

território e de acordo com a política pública vigente, implementando os preceitos do SUS (RIBEIRO; LANA, 2015), no entanto, constata-se despreparo dos gestores em programar as ACH (PASCHOAL, 2015). Portanto, deve-se pensar na qualificação dos gestores para o enfrentamento da hanseníase como problema de saúde pública, destacando-se a formação para o monitoramento e planejamento das ações destinadas à doença.

Diferente dos gestores, os enfermeiros assumem papel de destaque na atuação da hanseníase, pois são articuladores da promoção da saúde dirigidos aos acometidos pela doença (ARAÚJO *et al.*, 2017; RIBEIRO *et al.*, 2017). Deste modo, conseguem compreender melhor as necessidades da população, apresentando uma perspectiva alinhada com a realidade do território. Além disso, fortalecem o escore derivado, pois segundo Rodrigues *et al.* 2015:

É essencial o esclarecimento dos pacientes, através da consulta de enfermagem, quanto aos vários aspectos da hanseníase, a fim de que compreendam as manifestações clínicas, a importância da adesão ao tratamento, do controle dos comunicantes e para que se sintam estimulados ao autocuidado, já que esse é fundamental para a melhoria da qualidade de vida do doente e manutenção de sua saúde (RODRIGUES *et al.* 2015, p. 301).

Os enfermeiros como membro da eSF executam cuidados diretos ao paciente, coordenação do processo de trabalho, atividades de educação para saúde, capacitação profissional, além das atividades de abordagem coletiva do problema, como busca ativa de sintomáticos dermatológicos (ARAÚJO *et al.*, 2017; LANZA; LANA, 2011c). Também vale destacar o papel diferenciado do enfermeiro, em virtude da criação de vínculo e confiança adquiridos durante o tratamento do acometido pela hanseníase (CALOMÉ, 2013). Assim, o enfermeiro parece ter uma melhor compreensão da realidade quando comparado às demais categorias profissionais.

Quando a análise é realizada na perspectiva do DS, constatam-se menores diferenças destacando a diferença entre o DS7 e o DS5 (coeficiente $\beta = -1,24$). Essas distinções observadas no escore derivado podem estar relacionadas com a capacidade da gestão distrital em desenvolver as ações da doença. Em Belo Horizonte, a gestão do município é realizada de maneira descentralizada, subdividida em distritos e essa configuração permite o planejamento alinhado com as necessidades do território. Pesquisa que analisou a distribuição espacial dos óbitos por tuberculose e associou com as características sociodemográficas e operacionais, concluiu que é importante utilizar o espaço como alternativa metodológica, visando intervenções em territórios vulneráveis (SANTOS NETO *et al.*, 2017).

Portanto, deve-se refletir sobre ações e políticas intersetoriais voltadas para o enfrentamento das iniquidades sociais que determinam índices de desigualdades em saúde e injustiças de acesso à qualidade de vida (FIORATI *et al.*, 2018). É fundamental estratificar a comunidade quanto ao risco social e, por sua vez, da sua necessidade de saúde, quando se pretende superar as iniquidades sociais no acesso (FIORATI; ARCÊNCIO; SOUZA, 2016).

Ao analisar o escore geral (tabela 11), constatou-se diferença estatística ($p < 0,05$) tanto na categoria profissional como no distrito sanitário. Em relação à categoria profissional, a maior diferença foi do gestor em comparação com o médico (coeficiente $\beta = -1,22$). E no distrito, a diferença mais expressiva foi no distrito 1 (coeficiente $\beta = -0,77$).

Tabela 11 – Modelo de regressão linear múltipla utilizando o método *bootstrap*, segundo o escore geral. Belo Horizonte, MG, 2014

Variáveis	Coeficiente β	IC 95%		Valor-p	R ²	Valor-p
Constante	8,37	8,09	8,63	p<0,0001		
Categoria						
ACS	-1,06	-1,38	-0,75	p<0,0001		
Médico	-1,22	-1,49	-0,95	p<0,0001		
Enfermeiro	-1,11	-1,34	-0,87	p<0,0001		
Distrito Sanitário						
D1	-0,77	-1,14	-0,39	p<0,0001	0,262	p<0,0001
D2	-0,50	-1,01	0,03	0,055		
D3	-0,60	-0,99	-0,20	0,005		
D4	-0,57	-0,97	-0,18	0,004		
D5	-0,70	-1,08	-0,26	0,002		
D6	-0,72	-1,13	-0,32	0,003		
D8	-0,63	-0,98	-0,26	0,003		
D9	-0,56	-0,92	-0,19	p<0,0001		

Nota: IC: Intervalo de Confiança; R²: valor do modelo de regressão linear múltipla - *bootstrap*.

Acredita-se que a diferença constatada no escore geral, entre os participantes, refere-se ao distanciamento dos gestores com relação ao reconhecimento das necessidades em saúde da população adscrita. Também se destacou o “médico”, como o profissional que realizou uma pior avaliação do serviço, sendo necessário investir na capacitação desses profissionais, pois atuam na atenção primária (ALOTAIBI *et al.*, 2016; RODRIGUES *et al.*, 2016). Além disso, a diminuição na incidência da doença gera omissão destes profissionais em realizar a busca ativa de casos, bem como não consideram a Hanseníase como possível diagnóstico devido a pouca frequência do agravo (BELDARRAÍN-CHAPLE, 2017).

No entanto, diferente dos médicos, os enfermeiros mostram-se com uma formação mais homogênea e alinhada com os atributos da atenção primária nas ACH. Em especial, os

enfermeiros e ACS demonstraram conhecer a real situação da comunidade, com maior riqueza de detalhes e levantamento das necessidades.

Em relação às diferenças de desempenho observadas no território, outros estudos que utilizaram o PCAT- hanseníase também evidenciaram diversidades na avaliação (LANZA; LANA, 2014; SOUSA; SILVA; XAVIER, 2017a; VIEIRA *et al.*, 2018). Admite-se que as desigualdades no desempenho do território, podem estar relacionadas com a situação epidemiológica da doença, nível de integração das ações da doença no serviço, bem como a presença de profissionais sensibilizados para a questão do sintomático dermatológico. Assim, a organização no processo de trabalho é fundamental para um melhor desempenho da APS, e, com isso promover o diagnóstico precoce, diminuição do estigma, e consequentemente, a redução da carga da doença no Brasil.

4.6 FATORES PROFISSIONAIS RELACIONADOS À AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NAS AÇÕES DE CONTROLE DA HANSENÍASE

Com relação aos fatores profissionais relacionados ao grau de orientação da APS na hanseníase, preferiu-se realizar modelos por categoria profissional, uma vez que as atribuições nos serviços de atenção primária são diferentes, e isso poderia implicar diferenças. Dessa maneira, para cada categoria profissional, utilizou-se o escore essencial, derivado e geral como variável dependente e os fatores profissionais como variáveis independentes. Empregou-se o modelo de regressão linear múltipla, no qual foi aplicado o método *bootstrap* como técnica de estimação.

Nas variáveis independentes, o escore essencial foi avaliado com forte orientação da APS na atenção à hanseníase, entretanto, no escore derivado, apenas o gestor considerou forte orientação da atenção primária. Em relação ao escore geral, destacou-se a fraca orientação da APS na perspectiva do médico, diferente das demais categorias (tabela 12). Na variável “tempo de atuação na unidade”, o médico foi o profissional com o menor tempo, e no “tempo de atuação na atenção primária”, os gestores e enfermeiros destacaram-se pela maior experiência de trabalho na APS, conforme dados da tabela 12.

Tabela 12 – Análise descritiva das variáveis segundo categoria de profissionais participantes. Belo Horizonte, MG, 2014

Variáveis	Gestor			Médico			Enfermeiro			ACS		
	Média	Mediana	Desvio Padrão	Média	Mediana	Desvio Padrão	Média	Mediana	Desvio Padrão	Média	Mediana	Desvio Padrão
Escore essencial	8,34	8,41	0,80	8,01	8,13	0,96	8,34	8,41	0,78	8,21	8,26	0,93
Escore derivado	6,75	7,06	1,56	3,76	3,78	1,65	3,36	3,23	1,93	3,80	3,76	2,39
Escore geral	7,81	7,91	0,93	6,50	6,48	0,96	6,68	6,71	0,90	6,74	6,62	1,27
Tempo de trabalho na Unidade (anos)	6,86	4,00	6,88	4,33	2,00	5,17	6,11	3,50	6,01	**	**	**
Tempo de trabalho em atenção primária (anos)	14,35	13,00	8,32	8,85	6,00	9,16	11,59	11,00	8,70	8,86	8,00	4,39

Nota: ACS: Agente Comunitário de Saúde

**O item “tempo de trabalho na unidade” não foi questionado para o Agente Comunitário de Saúde, uma vez que seria o mesmo tempo de atuação na atenção primária, pois estes profissionais são indivíduos que pertencem à comunidade onde atuam.

Em relação às variáveis independentes, constatou-se que o médico realiza com maior frequência ACH no território, entretanto, a maioria dos enfermeiros 55,7% (n= 44) relatou ter acompanhado casos de hanseníase. Na tabela 13, observa-se que, independente da categoria profissional, a maioria dos entrevistados nunca realizou treinamentos em hanseníase.

Tabela 13 – Frequência absoluta e relativa das variáveis independentes utilizadas no modelo. Belo Horizonte, MG, 2014

Variáveis	Gestor		Médico		Enfermeiro		ACS		
	N	%	n	%	n	%	N	%	
Realização de ações de controle									
Sim	**	0,00	46	70,8	52	65,82	36	48,00	
Não	**	0,00	19	29,2	27	34,18	39	52,00	
Atendimento de caso									
Sim	**	0,00	26	40,0	35	44,3	28	37,33	
Não	**	0,00	39	60,0	44	55,7	47	62,67	
Número de treinamento									
0		76	40,21	36	55,38	37	46,84	50	66,67
1		47	24,87	16	24,62	25	31,65	21	28,00
2		40	21,16	9	13,85	7	8,86	2	2,67
3		15	7,94	2	3,08	7	8,86	1	1,33
4		3	1,59	0	0	1	1,27	0	0,00
5		3	1,59	1	1,54	1	1,27	1	1,33
6		1	0,53	1	1,54	0	0	0	0,00
7		1	0,53	0	0	0	0	0	0,00
8		0	0,00	0	0	1	1,27	0	0,00
10		3	1,59	0	0	0	0	0	0,00

Nota: ACS: Agente Comunitário de Saúde

**Os itens “realização de ações” e “atendimento de casos” não foi questionada para o gestor, por se tratar de atribuições de outros profissionais da atenção primária.

No modelo de regressão utilizando o escore essencial como desfecho, constatou-se significância estatística ($p < 0,05$) para o gestor e médico. Para o gestor, a significância estatística associou-se ao “tempo de trabalho na unidade” e ao “número de treinamentos em hanseníase”. Para o médico, a significância estatística ($p < 0,05$) relacionou-se aos treinamentos. Destaca-se que não evidenciou significância para o escore essencial nas categorias enfermeiro e ACS, conforme dados apresentados na tabela 14.

Tabela 14 – Modelo de regressão linear múltipla, segundo os fatores profissionais na avaliação do escore essencial. Belo Horizonte, MG, 2014

Categoria	Variáveis	Coefficiente β	IC 95%		Valor-p	R²
Gestor	Tempo de trabalho na Unidade	-0,01	-0,02	0,02	0,05	0,048
	Tempo de trabalho em atenção primária	0,01	-0,01	0,03	0,21	
	Número de treinamentos	0,08	0,01	0,14	0,03	
	Constante	8,1	7,89	8,29		
Médico	Tempo de trabalho na Unidade	0,05	-0,01	0,15	0,18	0,178
	Tempo de trabalho em atenção primária	-0,02	-0,07	0,03	0,47	
	Realização de ações de controle	0,02	-0,45	0,5	-0,93	
	Atendimento de caso	0,27	-0,21	0,7	0,25	
	Número de treinamentos	0,22	0,02	0,45	0,02	
	Constante	7,68	7,32	8,05		
Enfermeiro	Tempo de trabalho na Unidade	0,02	-0,02	0,07	0,31	0,114
	Tempo de trabalho em atenção primária	-0,02	-0,06	0,01	0,15	
	Realização de ações de controle	-0,12	-0,52	0,25	0,55	
	Atendimento de caso	0,41	0,1	0,78	0,02	
	Número de treinamentos	0,1	-0,04	0,36	0,28	
	Constante	8,3	7,95	8,63		
ACS	Tempo de trabalho em atenção primária	0,02	-0,03	0,07	0,51	0,069
	Realização de ações de controle	0,18	-0,36	0,75	0,53	
	Atendimento de caso	0,12	-0,5	0,76	0,72	
	Número de treinamentos	0,17	-0,11	0,54	0,22	
	Constante	7,85	7,33	8,31		

Nota: ACS: Agente Comunitário de Saúde

R²: valor do modelo de regressão linear múltipla - *bootstrap*.

Na avaliação do escore derivado, pode-se observar que os modelos para gestor, médico e ACS foram significativos ($p < 0,05$). Na categoria “gestor”, as variáveis tempo de

atuação na unidade e na APS foram significativas, no médico e ACS o número de treinamentos, sendo que este último também foi significativo à realização de ACH (tabela 15).

Tabela 15 – Modelo de regressão linear múltipla, segundo os fatores profissionais na avaliação do escore derivado. Belo Horizonte, MG, 2014

Categoria	Variáveis	Coefficiente β	IC 95%		Valor-p	R²
Gestor	Tempo de trabalho na Unidade	-0,06	-0,11	-0,02	0,01	0,06
	Tempo de trabalho em atenção primária	0,04	0,01	0,07	0,04	
	Número de treinamentos	0,11	-0,06	0,29	0,21	
	Constante	6,5	6,10	6,95		
Médico	Tempo de trabalho na Unidade	-0,01	-0,19	0,11	0,93	0,17
	Tempo de trabalho em atenção primária	-0,01	-0,1	0,08	0,68	
	Realização de ações de controle	0,65	-0,29	1,52	0,17	
	Atendimento de caso	0,33	-0,46	1,3	0,46	
	Número de treinamentos	0,47	-0,07	0,99	0,05	
Enfermeiro	Constante	2,97	2,26	3,67		0,089
	Tempo de trabalho na Unidade	0,03	-0,08	0,13	0,6	
	Tempo de trabalho em atenção primária	-0,02	-0,12	0,05	0,56	
	Realização de ações de controle	-0,27	-1,24	0,78	0,61	
	Atendimento de caso	0,26	-0,66	1,12	0,56	
	Número de treinamentos	0,44	0,12	0,89	0,02	
ACS	Constante	3,1	2,13	4,18		0,28
	Tempo de trabalho em atenção primária	0,01	-0,1	0,12	0,95	
	Realização de ações de controle	1,32	0,01	2,52	0,05	
	Atendimento de caso	0,07	-1,23	1,32	0,9	
	Número de treinamentos	1,13	0,5	2,22	0,01	
	Constante	2,56	1,48	3,70		

Nota: ACS: Agente Comunitário de Saúde

R²: valor do modelo de regressão linear múltipla - *bootstrap*.

Na tabela 16, escore geral, apenas o modelo da categoria “enfermeiro” não apresentou significância estatística ($p > 0,05$). No entanto, a variável “número de treinamentos” destacou-

se pela significância estatística observada no gestor, médico e ACS, conforme dados apresentados na tabela 16.

Tabela 16 – Modelo de regressão linear múltipla, segundo os fatores profissionais na avaliação do escore geral. Belo Horizonte, MG, 2014

Categoria	Variáveis	Coefficiente β	IC 95%		Valor-p	R²
Gestor	Tempo de trabalho na Unidade	-0,02	-0,05	0,01	0,1	0,056
	Tempo de trabalho em atenção primária	0,02	-0,01	0,04	0,05	
	Número de treinamentos	0,09	-0,01	0,19	0,07	
	Constante	7,57	7,31	7,82		
Médico	Tempo de trabalho na Unidade	0,03	-0,06	0,1	0,38	0,21
	Tempo de trabalho em atenção primária	-0,02	-0,07	0,04	0,5	
	Realização de ações de controle	0,23	-0,32	0,68	0,37	
	Atendimento de caso	0,29	-0,19	0,78	0,25	
	Número de treinamentos	0,31	0,07	0,58	0,01	
	Constante	6,11	5,76	6,51		
Enfermeiro	Tempo de trabalho na Unidade	0,02	-0,03	0,08	0,31	0,131
	Tempo de trabalho em atenção primária	-0,02	-0,07	0,01	0,23	
	Realização de ações de controle	-0,17	-0,65	0,26	0,45	
	Atendimento de caso	0,36	-0,07	0,77	0,09	
	Número de treinamentos	0,22	0,07	0,46	0,02	
	Constante	6,57	6,19	6,99		
ACS	Tempo de trabalho em atenção primária	0,01	-0,05	0,07	0,68	0,206
	Realização de ações de controle	0,56	-0,22	1,25	0,13	
	Atendimento de caso	0,09	-0,59	0,83	0,78	
	Número de treinamentos	0,49	0,11	1,07	0,04	
	Constante	6,08	5,52	6,64		

Nota: ACS: Agente Comunitário de Saúde

R²: valor do modelo de regressão linear múltipla - *bootstrap*.

Os resultados destacam a importância da APS no controle da hanseníase, mas há fragilidades no escore que podem causar deficiências na qualidade do atendimento. Enfatiza-se o papel do treinamento no controle da doença.

Quando a APS é orientada para os atributos essenciais, como os resultados apontam, atenção integral é dada à população assistida (BRASIL, 2010). Outros estudos que utilizaram o PCAT- hanseníase também evidenciaram-se forte orientação da APS na hanseníase no escore essencial, assim como esta investigação (LANZA; LANA, 2014; SOUSA; SILVA; XAVIER; 2017a; VIEIRA *et al.*, 2018).

O escore essencial é formado pelos atributos porta de entrada, acesso, integralidade, coordenação e atendimento continuado (BRASIL, 2010; LANZA; LANA, 2014), que podem estar relacionados à detecção oportuna dos casos. A taxa de novos casos de hanseníase com grau de incapacidade física grau 2 avalia as deformidades causadas pela doença e a efetividade da detecção em tempo hábil, porém, em Belo Horizonte, esse indicador apresentou tendência de queda (BRASIL, 2016a). O diagnóstico tardio é um problema para eliminar a hanseníase, sendo a integração do ACH na APS a melhor estratégia para realizar o diagnóstico precoce, melhorar a qualidade do atendimento e reduzir o estigma. Em um estudo realizado na Índia, os fatores de risco para diagnóstico tardio foram associados à necessidade de informações para pacientes/ comunidade, treinamento de profissionais e fortalecimento dos serviços públicos de saúde (MUTHUVEL *et al.*, 2017).

O escore derivado é obtido pelos atributos orientação comunitária e profissional, responsáveis por estimular a interação dos profissionais da APS com famílias e pessoas (BRASIL, 2010). Constatou-se que o serviço apresenta fraco grau de orientação no escore derivado, que se baseia no reconhecimento das necessidades da população, por meio de análise epidemiológica ou contato direto com a comunidade (STARFIELD, 2002). Pesquisas utilizando o PCAT-hanseníase comprovam que há dificuldades dos profissionais em reconhecer as necessidades do território (LANZA; LANA, 2014; SOUSA; SILVA; XAVIER, 2017a; VIEIRA *et al.*, 2018).

As dificuldades dos profissionais da APS em reconhecer as necessidades da comunidade são consequência da fragilidade do modelo de vigilância em saúde do SUS. A doença está relacionada à informação de sinais e sintomas e, embora curável, seus efeitos dependem do diagnóstico precoce e do tratamento prolongado (SAVASSI; MODENA, 2015). Diferentes estudos mostram que o fortalecimento da orientação comunitária está relacionado à capacidade dos profissionais em realizar avaliação epidemiológica na programação de ações,

busca ativa de casos, ações intersetoriais e trabalho educativo para informar a comunidade (SALTARELLI; SEIXAS, 2016).

A eliminação da hanseníase como problema de saúde pública está relacionada à notificação oportuna de casos e a efetividade da vigilância epidemiológica (BELDARRAÍN-CHAPLE, 2017; AL AWAIIDY, 2017), organização da rede de atenção à saúde, acesso adequado à APS e controle da adesão ao tratamento (AL AWAIIDY, 2017).

O gestor é responsável por garantir o planejamento, de acordo com as necessidades do contexto e da comunidade, a organização do processo de trabalho, a coordenação e a integração das ações (BRASIL, 2017). Em relação à hanseníase, deve organizar o sistema de informação, programar os medicamentos e materiais e coordenar a referência e contrarreferência (BRASIL, 2016a). Por esse motivo, é importante avaliar as variáveis "tempo de trabalho na unidade" e "APS", porque um maior tempo de experiência representou melhor avaliação, em relação ao cuidado da hanseníase.

Vários estudos indicam a dificuldade do gestor em apoiar a realização de ações voltadas para a doença (NETA *et al.*, 2017; SOUSA; SILVA; XAVIER, 2017b), e as barreiras ao planejamento (GOMES *et al.*, 2017) e avaliação e monitoramento das ACH (NETA *et al.*, 2017). Além disso, 40% dos gestores não foram treinados, o que corrobora a fraca abordagem integral do SUS (BARBOSA *et al.*, 2014).

O treinamento do médico é importante na orientação da APS para o tratamento da hanseníase. A responsabilidade do médico é auxiliar pessoas e famílias; realizar consultas clínicas; estratificar o risco e preparar um plano de ação específico; fazer encaminhamentos para outros pontos da rede e indicar a necessidade de internação hospitalar (BRASIL, 2017). Deve desenvolver ACH para reduzir a gravidade da doença, enfatizando a pesquisa epidemiológica para o diagnóstico precoce durante as consultas e o tratamento (BRASIL, 2016a).

Como o diagnóstico da hanseníase é clínico, quando a doença é rara, os médicos tendem a descartá-la como hipótese diagnóstica, diagnosticando tardiamente e agravando o caso (SAVASSI; MODENA, 2015). Em um estudo do tipo caso clínico, constatou-se atraso de 24 meses no diagnóstico e isso foi relacionado à ausência de exame físico-neurológico completo, erro no atendimento clínico e desconhecimento dos protocolos de diagnóstico e tratamento (RODRIGUES *et al.*, 2016). O atraso no diagnóstico também foi observado no estudo indiano com 17,9 meses de atraso (MUTHUVEL *et al.*, 2017).

A insegurança dos médicos no diagnóstico e acompanhamento (SAVASSI; MODENA, 2015) favorecem uma abordagem biomédica, o que compromete a integralidade

do cuidado. Portanto, é importante treinar os médicos da APS com estratégias diagnósticas e medidas específicas para controlar a doença e reduzir a detecção tardia (MUTHUVEL *et al.*, 2017).

Estudo que avaliou o efeito dos treinamentos de hanseníase observou que os profissionais consideraram que as capacitações são pouco eficazes (SOUZA, FELICIANO, MENDES, 2015), provavelmente relacionado à insuficiência de educação formal e permanente destinada à assistência ao acometido pela hanseníase (SAVASSI; MODENA, 2015). É importante estruturar o treinamento (ALOTAIBI, BAHAMMAMB, RAHMAN, 2016; MUTHUVEL *et al.*, 2017) baseado na complexidade do trabalho e à integração teoria-prática, considerando as condições de atuação dos profissionais, equipe e da organização (SOUZA, FELICIANO, MENDES, 2015). O ensino a distância após o treinamento presencial tem sido útil para aprofundar o conhecimento teórico, e também uma estratégia de acompanhar o desempenho dos profissionais das eSF (COELHO *et al.*, 2017).

Os ACS coletam informações sobre a saúde da população, desenvolvem ações para integrar a equipe/comunidade e identificam as necessidades dos usuários (BRASIL, 2017). Na eSF, o ACS identifica casos suspeitos durante as visitas domiciliares, informando a equipe e verifica a adesão ao tratamento (GIRÃO *et al.*, 2017). Essas ações estão relacionadas com a realização das ACH, variável que tem associação com o escore derivado, isso indica o papel fundamental do ACS na atenção à hanseníase, uma vez que são atores-chave na detecção oportuna de casos e na adesão ao tratamento.

Dos ACS entrevistados, 66,6% (n = 50) não foram treinados, o que demonstra pouca importância na atuação do agente na hanseníase. O ACS não recebe treinamento específico para trabalhar no território com pessoas, famílias e comunidade, essa formação é realizada durante o trabalho na APS, e geralmente é o enfermeiro que realiza atividades educativas para os ACS (RODRIGUES *et al.*, 2015).

É importante treinar outros profissionais atentando-se para o papel diferenciado dos ACS (SOUZA, FELICIANO, MENDES, 2015). Destaca-se a atuação do ACS pela abordagem coletiva do problema (LANZA *et al.*, 2014c), com a realização de ações educativas, busca de sintomas dermatológicos e abandono do tratamento (GIRÃO *et al.*, 2017), além disso, supervisão do tratamento poliquimioterápico (LANZA; LANA, 2011c).

Ao avaliar a perspectiva do enfermeiro, não houve significância estatística. O enfermeiro da APS atende pessoas e famílias vinculadas à ESF, realiza consulta de enfermagem e acolhimento, prepara o plano de cuidados de acordo com o risco (BELDARRAÍN-CHAPLE, 2017), realiza atividades educativas e planeja e supervisiona as

atividades realizadas pela equipe (BRASIL, 2017). Evidências demonstram que o enfermeiro tem capacidade de realizar as ações recomendadas pelo Ministério da Saúde (RODRIGUES *et al.*, 2015), sendo responsável pelo planejamento do ACH para a comunidade, paciente e contatos domiciliares, além de supervisionar o trabalho dos ACS.

O enfermeiro tem papel estratégico na implementação do ACH, tanto no cuidado direto quanto na coordenação do processo de trabalho (ARAÚJO *et al.*, 2017), articula a promoção da saúde, contribui para o diagnóstico da doença, por meio do exame dermatoneurológico, avalia os sinais dos sintomas e monitorização do tratamento (RIBEIRO *et al.*, 2017).

Na avaliação do escore geral que caracteriza o grau de orientação da APS no cuidado da hanseníase, constatou-se que apenas o médico considerou a APS com fraca orientação. Apesar dos avanços na descentralização das ACH, ainda existem deficiências para integrar as ações na APS, como profissionais pouco envolvidos e com conhecimento insuficiente no atendimento ao paciente, que não priorizam a hanseníase em relação a outros programas, escassos materiais educativos para promover a educação na comunidade, ausência de recursos materiais como os monofilamentos e fichas para avaliação de incapacidades (LANZA; LANA, 2011b).

4.7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Tem-se como limitação que este estudo foi realizado em apenas um município, restringindo generalizações, assim, espera-se que estudos futuros sejam realizados com o intuito de aumentar o poder de comparabilidade entre os diferentes territórios.

Pelo fato de a amostragem ser do tipo “não probabilística” e “intencional”, para médicos, enfermeiros e ACS há possibilidade de viés de seleção. No entanto, esforços foram realizados no desenho da amostra para diminuir erros sistemáticos.

Em especial, para o gestor pode ter ocorrido o viés de intenção, uma vez que estes profissionais estavam avaliando os serviços que coordenam. Como forma de minimizar esse erro sistemático foram expostos os objetivos do estudo e reiterado a importância da confiabilidade das informações por parte dos entrevistados.

5 CONCLUSÃO

A hanseníase, ainda apresenta-se como um problema de saúde pública em Belo Horizonte, com a presença de fragilidades na presença e extensão dos atributos da APS na realização das ACH. No que concerne à qualidade das ações de hanseníase desempenhadas no âmbito da atenção primária, constatou-se que há opiniões divergentes entre os participantes do estudo, dos quais o médico e o enfermeiro referiram pior avaliação em comparação às demais categorias de profissionais. No entanto, quando se avalia a perspectiva do território, não foram observadas grandes discrepâncias na avaliação da APS na assistência à hanseníase. Assim, mesmo com os desafios inerentes aos serviços de APS, é o local preferencial para o desenvolvimento das ações de hanseníase.

Em relação aos indicadores de monitoramento foram constatadas diferenças, que podem ser explicadas pelas especificidades do território. Entretanto, faz-se necessário estudos que esclareçam as condições específicas de cada distrito sanitário de Belo Horizonte.

Também foi possível constatar que a qualidade das ações de controle da hanseníase desempenhadas pelos profissionais da atenção primária produz efeitos nos indicadores de monitoramento da doença. Além disso, a vigilância da saúde deve integrar práticas coletivas e individuais em diferentes dimensões das necessidades de saúde dos acometidos pela hanseníase, nas quais incluem o controle de riscos, discussão dos determinantes sociais em saúde e o planejamento de ações alinhadas com a realidade do território.

Dentre os fatores profissionais relacionados ao desempenho, destacou-se a formação dos profissionais da APS na hanseníase e isso pode gerar uma pior qualidade da atenção pelo despreparo. Ainda é preciso agilidade e resolutividade de equipes multidisciplinares motivadas e comprometidas com o controle da hanseníase, que atuem amplamente na busca ativa de casos na comunidade, apoiadas pela gestão municipal com a organização de fluxos padronizados, e sistemas de informação adequados para o percurso seguro do suspeito de hanseníase pela rede de atenção necessária para detecção de casos e tratamento.

As evidências observadas demonstram a relevância de avaliações contínuas nos serviços de saúde, pois estes sofrem influências do contexto político, econômico e social do país. Acredita-se no potencial da APS em prestar uma assistência qualificada numa condição como à hanseníase, dando enfoque no atendimento integral e levando-se em conta o contexto no qual o paciente está inserido.

A experiência da ESF na atenção à hanseníase é determinante para o controle segundo os atributos essenciais e derivados da APS. Isso pode proporcionar uma resposta ajustada às necessidades de prevenção e controle da enfermidade.

Em suma, o Brasil integrou as ações de hanseníase na APS, no entanto, a doença não foi eliminada como problema de saúde pública, o que ocorreu foi uma redução na incidência da doença. Porém persiste o diagnóstico em crianças e pacientes com incapacidade física, o que demonstra transmissão recente. Apesar dos avanços da APS é necessário aumentar a efetividade da vigilância em saúde e formação dos profissionais para detecção precoce.

REFERÊNCIAS

- AL AWAIIDY, S. T. Progress towards a leprosy-free country: The experience of Oman. **PLoS neglected tropical diseases**, San Francisco, v. 11, n. 11, e0006028, nov. 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5714392/#>. Acesso em: 13 abr. 2019.
- ALBUQUERQUE, F. J. B; MELO, C. F. Avaliação dos serviços públicos de saúde em duas capitais nordestinas do Brasil. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 26, n. 2, p. 323-330, abr./jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v26n2/a14v26n2.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2019
- ALENCAR, M. N. *et al.* Avaliação do enfoque familiar e orientação para a comunidade na Estratégia Saúde da Família. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 353-64, fev. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000200353&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 abr. 2019.
- ALFRADIQUE, M. E. *et al.* Ambulatory care sensitive hospitalizations: elaboration of Brazilian list as a tool for measuring health system performance (Project ICSAP--Brazil). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1337-1349, jun. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000600016&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 abr. 2019.
- ALMEIDA, C.; MACINKO, J. **Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006.
- ALOTAIBI, M. H., BAHAMMAMB, S. A., RAHMAN, S. The demographic and clinical characteristics of leprosy in Saudi Arabia. **Journal of Infection and Public Health**, Oxford, v. 9, n. 5, p. 611-617, set./out. 2016. Disponível em: [https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1876-0341\(16\)00006-X](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1876-0341(16)00006-X). Acesso em: 13 abr. 2019.
- ALVES, E. S. *et al.* Perfil epidemiológico da hanseníase em um município do nordeste brasileiro: uma análise retrospectiva. **Revista de pesquisa, cuidado é fundamental online**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 648-52, jul./set. 2017. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5530/pdf>. Acesso em: 13 abr. 2019.
- AMARAL, E. P.; LANA, F. C. F. Análise espacial da hanseníase na microrregião de Almenara, MG, Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. esp, p. 101-707, nov. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000700008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 abr. 2019.
- ANDRADE, H. S.; BRAGANTE, I. A trajetória da Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe, p. 396-405, set. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500396&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 abr. 2019.

ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; MERCHÁN-HAMANN, E. Internações sensíveis à atenção primária após implantação do Plano Diretor em Minas Gerais. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 52, p. 78, out. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v52/pt_0034-8910-rsp-S1518-52-87872018052017330.pdf. Acesso em: 13 abr. 2019.

ARAÚJO, K. M. F. *et al.* Tendência de indicadores epidemiológicos da hanseníase em um estado endêmico. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 18, n. 6, p. 771-778, 2017. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/download/31088/71679>. Acesso em: 13 abr. 2019.

ARAÚJO, N. M. *et al.* Acesso dos doentes de hanseníase na atenção primária à saúde: potencialidades, fragilidades e desafios. **Hansenologia Internationalis**, São Paulo, v. 41, n. 1-2, p. 72-83, 2016. Disponível em: http://www.ilsl.br/revista/detalhe_artigo.php?id=12781. Acesso em: 13 abr. 2019.

BARBOSA, C. B. *et al.* Atenção pós-alta em hanseníase no Sistema Único de Saúde: aspectos relativos ao acesso na região Nordeste. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 351-358, dez. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2014000400351&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 abr. 2019.

BELDARRAÍN-CHAPLE, E. Historical Overview of Leprosy Control in Cuba. **MEDICC Review**, Decatur, v. 19, n. 1, p. 23-30, jan. 2017. Disponível em: <http://www.medicc.org/mediccreview/index.php?get=2017/1/23>. Acesso em: 13 abr. 2019.

BODSTEIN, R. Atenção Básica na agenda da saúde. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 401-412, 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000300002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 22 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sala de Apoio à Gestão Estratégica - SAGE**. Morbidade - Hanseníase. Brasília, 2018a. Disponível em: <http://sage.saude.gov.br/#>. Acesso em: 25 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico**. Brasília: Ministério da Saúde, v. 49, nov. 2018b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública**: manual técnico-operacional. Brasília: Ministério da Saúde; 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 149, de 3 de fevereiro de 2016. Aprova as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Eliminação da Hanseníase como

Problema de Saúde Pública, com a finalidade de orientar os gestores e os profissionais dos serviços de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 03 fev. 2016b.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera a Lei nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. **Presidência da República**, Brasília, 23 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**: manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, 12 fev. 2012b.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 21 out. 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde**: Primary Care Assessment Tool PCAtool. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância em Saúde**: Dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 28 mar. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação para melhoria da qualidade da equipe de saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 95 de 26 de janeiro de 2001. Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS/SUS 01/2001. **Diário Oficial da União**, Brasília, 26 jan. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS)**: princípios e conquistas. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **ABC do SUS** – Comunicação visual / Instruções Básicas. Brasília: Ministério da Saúde, 1991.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Presidência da República**, Brasília, 19 set. 1990a.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Presidência da República**, Brasília, 28 dez. 1990b.

BRATSCHI, M. W. *et al.* Current knowledge on Mycobacterium leprae transmission: a systematic literature review. **Leprosy Review**, London, v. 86, n. 2, p.142-155, jun. 2015. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Peter_Steinmann/publication/281030220_Current_knowledge_on_Mycobacterium_leprae_transmission_A_systematic_literature_review/links/55d1ace908ae502646aa5dc0.pdf. Acesso em: 03 jun. 2016.

BROCARD, D. *et al.* Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf): panorama nacional a partir de dados do PMAQ. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. esp.1, p.130-144, set. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500130&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 abr. 2019.

BROUSSELLE, A. *et al.* **Avaliação conceitos e métodos**. 1º ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011.

BROWNE, A. J. *et al.* Disruption as opportunity: Impacts of na organizational health equity intervention in primary care clinics. **International Journal for Equity in Health**, London, v. 17, n. 1, p.154, set. 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6161402/>. Acesso em: 13 abr. 2019.

CALVASINA, P. *et al.* The association of the Bolsa Familia Program with children's oral health in Brazil. **BMC Public Health**, London, v. 18, n. 1, p. 1186, 2018. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6194593/pdf/12889_2018_Article_6084.pdf. Acesso em 13 abr. 2019.

CARRER, A. *et al.* Efetividade da Estratégia Saúde da Família em unidades com e sem Programa Mais Médicos em município no oeste do Paraná, Brasil. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2849-2860, set. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902849&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 abr. 2019.

CARVALHO, M.; SANTOS, N. R.; CAMPOS, G. W. S. A construção do SUS e o planejamento da força de trabalho em saúde no Brasil: breve trajetória histórica. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 372-387, jul. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000300002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 abr. 2019.

CASTRO, R. C. L. *et al.* Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 1772-1784, set., 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000900015&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 abr. 2019.

COELHO, A. C. O. *et al.* Educação permanente em saúde: a experiência do uso da educação a distância na capacitação em ações de controle da hanseníase. **Revista de Educação a Distância**, Porto Alegre, v. 4, n. 1, p. 235-250, jun. 2017. Disponível em: <https://www.aunired.org.br/revista/index.php/emrede/article/view/176/250>. Acesso em: 13 abr. 2019.

COLOMÉ, I. C. S. **Práticas clínica das enfermeiras na Estratégia de Saúde da Família: exercendo a clínica do cuidado**. Orientador: Maria Alice Dias da Silva. 2013. 154f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. S7-S27, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 abr. 2019.

CORDEIRO, H. **O PSF como estratégia de mudança do modelo assistencial do SUS**. Cadernos Saúde da Família, n. 1, p. 10-15, Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

CORREIA, J. C. *et al.* “If you will counsel properly with love, they will listen”: A qualitative analysis of leprosy affected patients’ educational needs and caregiver perceptions in Nepal. **PLoS one**, San Francisco, v. 14, n. 2, e0210955, fev. 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6364891/>. Acesso em 13 abr. 2019.

CUNHA, M. D. *et al.* Os indicadores da hanseníase e as estratégias de eliminação da doença, em município endêmico do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, p. 1187-1197, maio 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000500020&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 abr. 2019.

CUNHA, A. B. O; SILVA, L. M. V. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p.725-37, abr. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000400015&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 abr. 2019.

DAL POZ, M. R. A crise da força de trabalho em saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1924-1926, out. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013001000002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 abr. 2019.

DIAS, R. C; PEDRAZZANI, E. S. Public policies in Leprosy: contribution in reduction of social exclusion. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. esp, p. 753-756, nov.

2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000700016&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 abr. 2019.

DICICCIO, T. J.; EFRON, B. Bootstrap Confidence Intervals. **Statistical Science**, v. 11, n. 3, p.189- 228, 1996. Disponível em: https://projecteuclid.org/download/pdf_1/euclid.ss/1032280214. Acesso em: 13 abr. 2019.

DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care. **The Milbank Quarterly**, New York, v. 83, n. 4, p. 691-729, dez. 2005. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690293/>. Acesso em: 13 abr. 2019.

EFRON, B; TIBSHIRANI, R. J. **An Introduction to the Bootstrap**. New York: Chapman and Hall/CRC, 1994.

ELIAS, E.; MAGAJEWSKI, F. A Atenção Primária à Saúde no sul de Santa Catarina: uma análise das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial, no período de 1999 a 2004. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 633-647, dez. 2008 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2008000400011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 abr. 2019.

FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A. S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. esp. 1, p. 208-223, set. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500208&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 13 abr. 2019.

FACCHINI, L. A. *et al.* Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da atenção básica à saúde. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p.669-81, set. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300015&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 abr. 2019.

FAHEL, M.; NEVES, J. A. B. Desigualdades em Saúde no Brasil: análise comparada do acesso aos serviços de saúde por estratos ocupacionais. **Teoria e sociedade**, Belo Horizonte, n. 17.2, p. 140-159, dez. 2009. Disponível em: <http://www.fjp.mg.gov.br/index.php/docman/publicacoes-spp/621-teoria-e-sociedadedesigualdades-em-saude-no-brasil-analise-comparada-do-acesso-aos-servicos-de-saude-por-estratos-ocupacionais>. Acesso em 13 abr. 2019.

FIELD, A. **Descobrimo a estatística usando o SPSS**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FIORATI, R. C.; ARCÊNCIO, R. A.; SOUZA, L. B. As iniquidades sociais e o acesso à saúde: desafios para a sociedade, desafios para a enfermagem **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, e2683, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02687.pdf. Acesso em: 13 abr. 2019.

FIORATI, R. C. *et al.* Iniquidades sociais e intersetorialidade: desafio à atenção primária à saúde. **Revista de enferm UFPE on line**, Recife, v. 12, n. 6, p. 1705-1716, jun. 2018. Disponível em:

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/230523/29217>. Acesso em: 13 abr. 2019.

FRACOLLI, L. A. *et al.* Instrumentos de avaliação da Atenção Primária à saúde: revisão de literatura e metassíntese. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, p. 4851-4860, dez. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001204851&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 abr. 2019.

FUZIKAWA, P. L. **Avaliação da descentralização das ações de controle da hanseníase em Betim: prevenindo incapacidades?** Orientador: Mariangela Leal Cherchiglia. 2007. 119f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. 2007.

FUZIKAWA, P. L. *et al.* Decentralisation of leprosy control activities in the municipality of Betim, Minas Gerais State, Brazil. **Leprosy Review**, London, v. 81, n. 3, p.184–195, set. 2010. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/97f9/62cba3e91928c49bd4c9a1af191ba333a026.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2019.

GARNELO, L. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. esp.1, p. 81-99, set. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500081&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 abr. 2019.

GIL, C. R. R. **Práticas profissionais em Saúde da Família: expressões de um cotidiano em construção.** Orientador: Sarah Escorel. 2006. 318f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

GIRÃO, O. A. N. *et al.* Percepção dos profissionais de saúde e gestores sobre a atenção em hanseníase na estratégia saúde da família. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 30, n. 2, p. 239-248, 2017. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6155/pdf>. Acesso em: 13 abr. 2019.

GOLDTHORPE, J. *et al.* Implementing and evaluating a primary care service for oral surgery: a case study. **BMC Health Services Research**, London, v. 18, p. 636, jul. 2018. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12913-018-3420-3>. Acesso em: 13 abr. 2019.

GOMES, F. B. F. *et al.* Indicators of leprosy in the state of Minas Gerais and its relationship with the municipal human development index and the coverage of the family health strategy. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 21, e1063, nov. 2017. Disponível em: <http://www.reme.org.br/exportar-pdf/1201/e1063.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2019.

GOVINDHARAJ, P.; SRINIVASAN, S.; DARLONG, J. Quality of Life of Persons Affected by Leprosy in an Endemic District, West Bengal, India. **Indian journal of dermatology**, Calcutta, v. 63, n. 6, p. 459-464, nov./dez. 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6233046/>. Acesso em: 13 abr. 2019.

GHUNAWAT, S. *et al.* Childhood Leprosy: A Retrospective Descriptive Study from Delhi. **Indian journal of dermatology**, Calcutta, v. 63, n. 6, p. 455–458, nov./dez. 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6233040/>. Acesso em: 13 abr. 2019.

HACKER, M. D. *et al.* Characteristics of leprosy diagnosed through the surveillance of contacts: a comparison with index cases in Rio de Janeiro, 1987-2010. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, v. 107, supl. 1, p. 49-54, dez. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0074-02762012000900009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 abr. 2019.

HARTZ, Z. M. A. (Coord.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

HEIDINGER, M. *et al.* Analysis of Social Determinants of Health and Disability Scores in Leprosy-Affected Persons in Salem, Tamil Nadu, India. **International journal of environmental research and public health**, Switzerland, v. 15, n. 12, e2769, dez. 2018. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/15/12/2769>. Acesso em: 13 abr. 2019.

IBAÑEZ, N. *et al.* Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 683-703, set. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300016&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 abr. 2019.

KHOUDRI, I. *et al.* Trend analysis of leprosy in Morocco between 2000 and 2017: Evidence on the single dose rifampicin chemoprophylaxis. **PLoS neglected tropical diseases**, San Francisco, v. 12, n. 12, e0006910, dez. 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6301570/pdf/pntd.0006910.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2019.

LANA, F. C. F. *et al.* O estigma em hanseníase e sua relação com as ações de controle. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 4, n. 3, p. 556- 65, jul./set. 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/12550/pdf>. Acesso em: 13 abr. 2019.

LANA, F. C. F; CARVALHO, A. P. M; DAVI, R. F. L. Perfil epidemiológico da hanseníase na microrregião de Araçuaí e sua relação com as ações de controle. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p. 62-67, mar. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000100009&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 13 abr. 2019.

LANZA, F. M. **Avaliação da atenção primária no controle da hanseníase: validação de instrumento e análise de desempenho de municípios endêmicos de Estado de Minas Gerais**. Orientador: Francisco Carlos Félix Lana. 2014. 311f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

LANZA, F. M; LANA, F. C. F. Acesso às ações de controle da hanseníase na atenção primária à saúde em uma microrregião endêmica de Minas Gerais. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 14, n. 3, p. 343-353, jul./set. 2011a. Disponível em: <http://ojs2.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/14850/7910>. Acesso em: 13 abr. 2019.

LANZA, F. M.; LANA, F. C. F. Descentralização das ações de controle da hanseníase na microrregião de Almenara, Minas Gerais. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p.187-194, jan./fev. 2011b. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000100025&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 abr. 2019.

LANZA, F. M.; LANA, F. C. F. O processo de trabalho em hanseníase: tecnologias e atuação da equipe de saúde da família. **Texto contexto - enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. esp., p. 238-246, 2011c. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000500030&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 abr. 2019.

LANZA, F. M. *et al.* Avaliação da atenção primária no controle da hanseníase: proposta de uma ferramenta destinada aos usuários. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. 6, p.1054-1061, dez. 2014a. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000601054&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 abr. 2019.

LANZA, F. M. *et al.* Avaliação das ações de hanseníase desenvolvidas na atenção primária: proposta de um instrumento para gestores. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 18, n. 3, p. 606-613, jun. 2014b. Disponível em: <http://www.reme.org.br/exportar-pdf/949/v18n3a07.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2019.

LANZA, F. M. *et al.* Instrumento para avaliação das ações de controle da hanseníase na atenção primária. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 3, p. 339-346, jun. 2014c. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000300339&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 abr. 2019.

LASTÓRIA, J. C.; ABREU, M. A. M. M. Leprosy: review of the epidemiological, clinical, and etiopathogenic aspects—part 1. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v. 89, n. 2, p. 205–218, abr. 2014. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24770495>. Acesso em: 12 set. 2018.

LEANDRO, S. S; MONTEIRO, P. S. Avaliação da coordenação da atenção na perspectiva dos profissionais de saúde. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 8, n. 3, p. 65-69, 2017. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1097/402>. Acesso em: 13 abr. 2019.

LEVCOVITZ, E.; GARRIDO, N. G. Saúde da Família: a procura de um modelo anunciado. **Caderno Saúde Família**, v.1, n.1, p. 3-9, jun. 1996. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/cid-58854>. Acesso em: 13 abr. 2019.

LIMA-COSTA, M. F.; TURCI, M. A.; MACINKO, J. Estratégia Saúde da Família em comparação a outras fontes de atenção: indicadores de uso e qualidade dos serviços de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 7, p. 1370-1380, jul. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000700011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 abr. 2019.

LINDERT, K. *et al.* The nuts and bolts of Brazil's Bolsa Família program: implementing conditional cash transfers in a decentralized context. **World Bank**, maio 2007. Disponível em:

<http://documents.worldbank.org/curated/pt/972261468231296002/pdf/398530SP1709.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2019.

MARCH, S. *et al.* Factors related to the development of health-promoting community activities in Spanish primary healthcare: two case-control studies. **BMJ Open**, London, v. 7, n. 10, out. 2017. Disponível em:

<http://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/7/10/e015934.full.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2017.

MARMOT, M. Social determinants of health inequalities. **The Lancet**, London, v. 365, n. 9464, p. 1099-1104, mar. 2005. Disponível em:

[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(05\)71146-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(05)71146-6/fulltext). Acesso em: 13 abr. 2019.

MAREGA, A. *et al.* Hansen's disease deformities in a high risk area in Mozambique: A case study. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v. 52, e20180103, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822019000100305&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 31 jan. 2019.

MELO, C. F. *et al.* Avaliação da Estratégia Saúde da Família em Natal a partir das crenças dos seus usuários. **Revista de pesquisa, cuidado é fundamental online**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 620-626, jul./set. 2017. Disponível em:

http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5558/pdf_1. Acesso em 13 abr. 2019.

MELO, E. A. *et al.* Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. esp.1, p. 38-51, set. 2018. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500038&lng=en&nrm=iso. Acesso em 13 abr. 2019.

MENDES, E. V. **Uma Agenda para a Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MENDES, M. S. *et al.* Descentralização das ações de controle da hanseníase em João Pessoa (Paraíba): a visão dos gestores. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 217-230, abr./jun. 2008. Disponível em:

http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2008_2/artigos/CSC_IESC_2008_2_6.pdf. Acesso em 13 abr. 2019.

MICLOS, P. V; CALVO, M. C; COLUSSI, C. F. Avaliação do desempenho da Atenção Básica nos municípios brasileiros com indicador sintético. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, p. 984-996, dez. 2015. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000400984&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 abr. 2019.

MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. **Oficinas de Qualificação da Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte: Oficina III - Territorização e Diagnóstico Local**. Belo Horizonte: ESPMG, 2010.

MONTEIRO, L. D. *et al.* Determinantes sociais da hanseníase em um estado hiperendêmico da região Norte do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, p. 1-11, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051006655.pdf. Acesso em: 13 abr. 2019.

MORAIS, J. M. O; NOGUEIRA, C. M. C. S; MORAIS, F. R. R. Acesso de primeiro contato na atenção primária à saúde para crianças de 0 a 9 anos. **Revista de pesquisa, cuidado é fundamental online**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 848-56, jul./set. 2017. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5575/pdf_1. Acesso em: 13 abr. 2019.

MOREIRA, K. S. *et al.* Educação permanente e qualificação profissional para atenção básica. **Revista Saúde e Pesquisa**, Maringá, v. 10, n. 1, p. 101-109, jan./abr. 2017. Disponível em: http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-847293#fulltext_urls_biblio-847293. Acesso em: 13 abr. 2019.

MUTHUVEL, T. *et al.* “I Wasted 3 Years, Thinking It’s Not a Problem”: Patient and Health System Delays in Diagnosis of Leprosy in India: A Mixed-Methods Study. **PLoS neglected tropical diseases**, San Francisco, v. 11, n. 1, e0005192, jan. 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5230757/pdf/pntd.0005192.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2019.

MUTHUVEL, T. *et al.* Leprosy trends at a tertiary care hospital in Mumbai, India, from 2008 to 2015. **Global Health Action**, Hagegeby, v. 9, p. 10.32962. 2016. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27885973pmid:27885973>. Acesso em: 13 abr. 2019.

NARDI, S. M. T. *et al.* Deficiências após a alta medicamentosa da hanseníase: prevalência e distribuição espacial. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 969-977, dez. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000600006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 abr. 2019.

NETA, O. A. G. *et al.* Health professionals’ and managers’ perception of leprosy care within the family health strategy. **Revista brasileira em promoção da saúde**, Fortaleza, v. 30, n. 2, p. 239-248. abr. 2017. Disponível em: https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/viewFile/6155/pdf_1. Acesso em: 13 abr. 2019.

OLIVEIRA, M. A. C; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. esp., p. 158-164, set. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700020&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 abr. 2019.

ONU - Organização das Nações Unidas. **Declaração universal dos direitos humanos**: adotada e proclamada pela resolução 217 A (III) da Assembleia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948. 4º revisão. Brasília: UNESCO, 1998.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde**. Genebra: OMS, 2008.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS**. Brasília: OPAS, 2011. Disponível em: http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1308159221237APS_Verde_web_final.pdf. Acesso em: 03 mai. 2017.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, jun. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601723&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 abr. 2019.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 15-35, mar. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702014000100015&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 abr. 2019.

PASCHOAL, V. D. A. A formação profissional e a hanseníase. **Hansenologia Internationalis**, Bauru, v. 40, n. 2, p. 1, 2015. Disponível em: <http://www.ilsl.br/revista/imageBank/v40n2a01.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2019.

PAULA, W. K. A. S. *et al.* Primary health care assessment from the users' perspectives: a systematic review. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 50, n. 2, p. 331-340, abr. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000200335&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 abr. 2019.

PAULO, M. S.; LONEY, T.; LAPÃO, L. V. The primary health care in the emirate of Abu Dhabi: are they aligned with the chronic care model elements? **BMC Health Services Research**, London, v. 17, n. 725, 2017. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5686807/pdf/12913_2017_Article_2691.pdf. Acesso em: 13 abr. 2019.

PBH - Prefeitura de Belo Horizonte. **Índice de Vulnerabilidade da Saúde 2012**. Belo Horizonte: PBH, 2013.

PENNA, M. L. F.; GROSSI, M. A. F.; PENNA, G. O. Country Profile: Leprosy in Brazil. **Leprosy Review**, London, v. 84, n. 4, p. 308– 315, dez. 2013. Disponível em: https://pdfs.semanticscholar.org/3ed2/719992ea7f3a33d7436d4e0f0732b31ccc57.pdf?_ga=2.41522346.965855608.1555261845-444647773.1555261845. Acesso em: 13 abr. 2019.

PEREIRA, M. J. B. *et al.* Avaliação das características organizacionais e de desempenho de uma unidade de Atenção Básica à Saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 48-55, mar. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000100006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 abr. 2019.

PRATES, M. L. *et al.* Desempenho da Atenção Primária à Saúde segundo o instrumento PCATool: uma revisão sistemática. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1881-1893, jun. 2017. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002601881&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 abr. 2019.

PROTASIO, A. P. L. *et al.* Satisfação do usuário da Atenção Básica em Saúde por regiões do Brasil: 1º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1829-1844, jun. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002601829&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 abr. 2019.

REICHERT, A. P. S. Coordenação do cuidado na Rede de Atenção à saúde: um desafio a ser enfrentado. **Revista de Enfermagem da UFPI**, Teresina, v. 5, n.1, p.1-3, jan./mar. 2016. Disponível em: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/5165/pdf>. Acesso em: 13 abr. 2019.

REIS, R. S. *et al.* Acesso e utilização dos serviços na Estratégia de Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n. 11, p. 3321- 3331, nov. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001100022&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 abr. 2019.

RENITA, L. *et al.* Health care utilisation in Indian leprosy patients in the era of elimination. **Leprosy Review**, London, v. 81, p. 299-305, dez. 2010. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/bb69/cbf118854dc652671ddef15957bc07eb5c38.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2019.

RIBEIRO, M. D. A. *et al.* A visão do profissional enfermeiro sobre o tratamento da hanseníase na atenção básica. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 30, n. 2, p. 221-228, abr./jun. 2017. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6349/pdf>. Acesso em: 13 abr. 2019.

RIBEIRO, G. C.; LANA, F. C. F. Incapacidades físicas em hanseníase: caracterização, fatores relacionados e evolução. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 20, n. 3, p. 496-503, jul./set. 2015. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/41246/26189>. Acesso em: 13 abr. 2019.

ROCHA, T. A. H. *et al.* Human Resource Management in Health and Performance of Work Process in the Primary Health Care—An Efficiency Analysis in a Brazilian Municipality. **Journal of Health Management**, New Delhi, v. 16, n. 3, p. 365–379, out. 2014. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0972063414539611>; Acesso em: 13 abr. 2019.

ROCHA, T. A. H. **Práticas de gestão de recursos humanos e processo de trabalho na estratégia saúde da família: uma interface necessária - um estudo em Belo Horizonte**. Orientador: Allan Claudius Queiroz Barbosa. 2011. 207f. Dissertação (Mestrado em Administração) - Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. 2011.

RODRIGUES, F. F. *et al.* Knowledge and practice of the nurse about leprosy: actions of control and elimination. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 68, n. 2, p. 297-304,

abr. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000200297&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 abr. 2019.

RODRIGUES, M. M. *et al.* O Papel Transformador do Estudante de Medicina no Cenário da Endemia de Hanseníase no Brasil: Relato de Experiência. **Revista brasileira de educação médica**, Rio de Janeiro, v. 40, n.2, p. 295-300, jun. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022016000200295&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 13 abr. 2019.

ROMANHOLO, H. S. B. *et al.* Surveillance of intradomestic contacts of leprosy cases: perspective of the client in a hyperendemic municipality. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. 1, p. 163-169, jan./fev. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v71n1/pt_0034-7167-reben-71-01-0163.pdf. Acesso em: 13 abr. 2019.

SALTARELLI, R. M. F; SEIXAS, D. H. T. Limites e possibilidades na atenção ao portador de hanseníase no âmbito da estratégia saúde da família. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 19, n.4, p. 613- 622, 2016. Disponível em: <http://ojs2.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/15557/8163>. Acesso em: 13 abr. 2019.

SANTOS NETO, M. *et al.* Deaths by tuberculosis in a priority city for disease control in the Brazilian Northeast: sociodemographic-operational characteristics and vulnerable territories. **International Archives of Medicine**, London, v. 10, n. 123, abr. 2017. Disponível em: <http://imedicalsociety.org/ojs/index.php/iam/article/view/2303>. Acesso em: 07 abr. 2019.

SAVASSI, L. C. M. **Hanseníase**: políticas públicas e qualidade de vida de pacientes e seus cuidadores. 2010. Dissertação (Mestrado Ciências da Saúde) - Centro de Pesquisas René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz, Belo Horizonte. 2010.

SAVASSI, L. C. M; MODENA, C. M. Hanseníase e a atenção primária: desafios educacionais e assistenciais na perspectiva de médicos residentes. **Hansenologia Internationalis**, Bauru, v. 40, n. 2, p. 2-16, 2015. Disponível em: <http://www.ilsl.br/revista/imageBank/v40n2a02.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2019.

SCARATTI, D. **Um modelo para avaliar a qualidade da gestão municipal da atenção básica à saúde no Brasil**: uma aplicação a municípios catarinenses. Orientador: Jair dos Santos Lapa. 2007. 315f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

SCHANG, L.; WAIBEL, S.; THOMSON, S. **Measuring care coordination: health system and patient perspectives**. Report prepared for the Main Association of Austrian Social Security Institutions, London: LSE Health, abr. 2013.

SCHNEIDER, P. B.; FREITAS, B. H. B. M. Tendência da hanseníase em menores de 15 anos no Brasil, 2001-2016. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, e00101817, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n3/1678-4464-csp-34-03-e00101817.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2019.

SEGURADO, A. C.; CASSENOTE, A. J.; LUNA, E. A. Saúde nas metrópoles – Doenças infecciosas. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 30, n. 86, p. 29-49, 2016. jan./abr. Disponível

em: <http://www.scielo.br/pdf/ea/v30n86/0103-4014-ea-30-86-00029.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2019.

SIDDIQUI, M. R. *et al.* Integration of leprosy elimination into primary health care in Orissa. India. **PLoS One**. San Francisco, v. 4, n. 12, p. 1-8, dez. 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2791232/pdf/pone.0008351.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2019.

SILVA, L. S. R. *et al.* Assistência de enfermagem aos portadores de hanseníase assistidos pelo programa de saúde da família. **Revista de enfermagem da UFPE**, Recife, v. 10, n. 11, p. 4111-4117, nov. 2016. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/8606/pdf_11360. Acesso em: 13 abr. 2019.

SILVA, A. N. *et al.* Limites e Possibilidades do Ensino a Distância (EaD) na Educação Permanente em Saúde: revisão integrativa. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, abr. 2015. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v20n4/1413-8123-csc-20-04-01099.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2017.

SILVA, S. A.; BAITELO, T. C.; FRACOLLI, L. A. Avaliação da Atenção Primária à Saúde: a visão de usuários e profissionais sobre a Estratégia de Saúde da Família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, n.5, p. 979-987, set./out. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n5/pt_0104-1169-rlae-23-05-00979.pdf. Acesso em: 13 abr. 2019.

SILVA, V. A. A.; BARBOSA, A. C. Q.; ROCHA, T. A. H. Rendimiento de los médicos en la salud de la familia - un análisis de los principios ordenadores en una ciudad brasileña. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 49, n. 5, p. 1237-1262, out. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rap/v49n5/0034-7612-rap-49-05-01237.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2019.

SILVA, N. C.; GIOVANELLA, L.; MAINBOURG, E. M. T. A família nas práticas das equipes de Saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 2, p. 274-281, abr. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n2/0034-7167-reben-67-02-0274.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2019.

SINGH, R. *et al.* "Community knowledge, attitude, and perceived stigma of leprosy amongst community members living in Dhanusha and Parsa districts of Southern Central Nepal." **PLoS neglected tropical diseases**, San Francisco, v. 13, n. 1, e0007075, jan. 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6329495/pdf/pntd.0007075.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2019.

SMITH, W. C. S. Sustaining anti-leprosy activities requires radical changes. **Leprosy Review**, London, v. 81, n. 4, p. 281-283, dez. 2010. Disponível em: <https://www.lepra.org.uk/platforms/lepra/files/lr/Dec10/Lep281-283.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2019.

SOUZA, C. L. E. *et al.* Face-to-Face and Distance Education Modalities in the Training of Healthcare Professionals: A Quasi-Experimental Study. **Frontiers in Psychology**,

Switzerland, v. 9, p. 1557, ago. 2018. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6113380/pdf/fpsyg-09-01557.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2019.

SOUZA, A. L. A.; FELICIANO, K. V. O; MENDES, M. F. M. A visão de profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre os efeitos do treinamento de hanseníase. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 4, p. 610-618, jul./ago. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n4/pt_0080-6234-reeusp-49-04-0610.pdf. Acesso em: 13 abr. 2019.

SOUZA, C. D. F.; MATOS, T. S. Análise de tendência dos indicadores de monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços de hanseníase em município prioritário do Nordeste brasileiro. **Revista brasileira de pesquisa em saúde**, Vitória, v. 19, n. 4, p. 75-83, 2017. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/view/19806/13228>. Acesso em: 03 nov. 2018.

SOUZA, G. S.; SILVA, R. L. F.; XAVIER, M. B. Atributos da atenção primária em saúde no controle da hanseníase: ótica do enfermeiro. **Revista baiana de enfermagem**, Salvador, v. 31, n. 1, p. 1-10, 2017a. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/17251/14067>. Acesso em 13 abr. 2019.

SOUZA, G. S.; SILVA, R. L. F.; XAVIER, M. B. Hanseníase e Atenção Primária à Saúde: uma avaliação de estrutura do programa. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 230- 42, mar. 2017b. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41n112/0103-1104-sdeb-41-112-0230.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2019.

SRINIVAS, G. *et al.* Development and validation of a scale to assess attitudes of health care providers towards persons affected by leprosy in southern India. **PLoS Neglected Tropical Diseases**, San Francisco, v. 12, n. 9, e0006808, set. 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6177202/pdf/pntd.0006808.pdf>. Acesso em 13 abr. 2019.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, 2002.

STARFIELD, B.; SHI, L. Commentary: primary care and health outcomes: a health services research challenge. **Health services research**, Chicago, v. 42, p. 2252-2256, dez. 2007.

TABAH, E. N. *et al.* Community knowledge, perceptions and attitudes regarding leprosy in rural Cameroon: The case of Ekondotiti and Mbonge health districts in the South-west Region. **PLoS Neglected Tropical Diseases**, San Francisco, v. 12, n. 2, e0006233, fev. 2018. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2943247410.1371/journal.pntd.0006233>. Acesso em: 11 set. 2018.

TANAKA, O. Y; MELO, C. Uma proposta de abordagem transdisciplinar para avaliação em Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 4, n. 7, p. 113-118, ago. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v4n7/09.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2019.

TEIXEIRA, M. B. *et al.* Avaliação das práticas de promoção da saúde: um olhar das equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. esp. p. 52-68, out. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0052.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2019.

TURCI, M. A; LIMA-COSTA, M. F; MACINKO, J. Influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 9, p.1941-1952, set. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n9/0102-311X-csp-31-9-1941.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2019.

VIANA, A. L. A.; DAL POZ, M. R. A reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 11-48, dez. 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v8n2/02.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2019.

VIEIRA DA SILVA, L. M. **Avaliação de políticas e programas de saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2014.

VIEIRA, N. F. *et al.* Assessment of the attributes of primary health care in leprosy control actions. **Revista de enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 26, e31925, 2018. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/31925/26129>. Acesso em: 13 abr. 2019.

VIEIRA, N. F. Avaliação da Atenção Primária à Saúde nas Ações de Controle da Hanseníase no município de Betim, Minas Gerais. Orientador: Francisco Carlos Félix Lana. 2015. 159f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

VIEIRA, N. F. *et al.* Avaliação da Atenção Primária: Comparativo Entre o Desempenho Global e as Ações de Hanseníase. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, 9, e2896, 2019. Disponível em: <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/2896/2068>. Acesso em 13 abr. 2019.

WHO - World Health Organization. Global leprosy update, 2017: reducing the disease burden due to leprosy. **Weekly Epidemiological Record**. Geneva, v. 93, n. 35, p. 445–456, ago. 2018.

WHO - World Health Organization. Global leprosy update, 2016: accelerating reduction of disease burden. **Weekly Epidemiological Record**. Geneva, v. 92, n. 35, p. 501-520, set. 2017.

WHO - World Health Organization. Global leprosy update, 2015: time for action, accountability and inclusion. **Weekly Epidemiological Record**. Geneva, v. 91, n. 36, p.461-76, 2016a.

WHO - World Health Organization. **Global Leprosy Strategy 2016–2020: Accelerating towards a leprosy-free world**. WHO Library, 2016b.

WHO - World Health Organization. **Working to overcome the global impact of neglected tropical diseases:** First WHO report on neglected tropical diseases. WHO Library, 2011.

WYATT, R. *et al.* **Achieving Health Equity: A Guide for Health Care Organizations.** IHI White Paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2016.

YAMAMOTO, T. S; MACHADO, M. T. C; SILVA JUNIOR, A. G. Educação permanente em saúde como prática avaliativa amistosa à integralidade em Teresópolis, Rio de Janeiro. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 617-637, dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v13n3/1981-7746-tes-13-03-0617.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2019.

ZARLOTTI, C. *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária após a implantação da estratégia saúde da família no município de Petrópolis/RJ. **Revista de pesquisa, cuidado é fundamental online**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 811-817, jul./set, 2017. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6011/pdf_1, Acesso em: 13 abr. 2019.

ANEXOS

Anexo A - Instrumento de avaliação do desempenho da atenção primária nas ações de controle da hanseníase – versão ACS

QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DOS SERVIÇOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA ATENÇÃO À HANSENÍASE- AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Número do questionário:	
Município:	
Responsável pela coleta de dados:	
Data da coleta de dados:	
Digitador 1:	Digitador 2:
Data da digitação 1:	Data da digitação 2:
A. INFORMAÇÕES SOBRE O(A) ENTREVISTADO(A)	
A.1	Nome:
A.2	Tipo de unidade saúde:
	ESF 1()
	EACS 2()
	UBS 3()
A.3	Nome da unidade de saúde:
A.4	Tempo que trabalha nessa ocupação:
A.5	Número de treinamentos de hanseníase:
A.6	Há quanto tempo você trabalha em ações de hanseníase nas visitas domiciliares?
A.7	Já atendeu caso de hanseníase na microárea? () Sim () Não
B. INFORMAÇÕES SOBRE A ATENÇÃO À HANSENÍASE NO MUNICÍPIO	
B.1	Qual é o serviço de saúde que os usuários procuram quando apresentam os sinais e sintomas da hanseníase?
B.2	Qual é o serviço de saúde que realiza os diagnósticos de hanseníase?
B.3	Qual é o serviço de saúde que é responsável pelo acompanhamento do caso de hanseníase?
B.4	Quando os usuários de hanseníase apresentam algum problema de saúde relacionado à doença (ex: neurite, reações medicamentosas, reações hansênicas), em qual serviço de saúde eles são atendidos ou encaminhados?
C. PORTA DE ENTRADA	
C.1	A unidade de saúde da APS é o primeiro serviço de saúde que os usuários procuram quando apresentam os sinais e sintomas da hanseníase (manchas ou áreas da pele com perda ou ausência de sensibilidade)?
C.2	Quando os usuários de hanseníase precisam de algum cuidado preventivo relacionado à doença (Ex: exame de contatos domiciliares e orientações para os cuidados com os olhos, mãos e pés), eles procuram a unidade de saúde da APS?
C.3	Quando os usuários de hanseníase precisam de uma consulta devido a um novo problema de saúde relacionado à doença (Ex: aparecimento de novas

		manchas, dor nos nervos periféricos e outros), eles procuram a unidade de saúde da APS?
C.4		Os usuários sempre tem que realizar consulta na unidade de saúde da APS para serem encaminhados para uma avaliação de hanseníase com especialista (Ex: dermatologista)?
D. ACESSO		
D.1		Durante o período de funcionamento da unidade de saúde da APS, existe um número de telefone para pedir informações?
D.2		Os usuários da sua microárea tem dificuldade de deslocamento até a unidade de saúde da APS?
D.3		Os usuários da sua microárea tem que utilizar algum tipo de transporte motorizado para chegarem à unidade de saúde da APS?
D.4		Os usuários da sua microárea perdem o turno de trabalho ou compromisso para serem atendidos na unidade de saúde da APS?
D.5		Quando os usuários procuram a unidade de saúde com o relato de sinais e sintomas da hanseníase, ele consegue consulta com algum profissional de saúde (médico ou enfermeiro) no prazo de 24 horas?
Somente responda a questões D.6 a D.8, se o entrevistado tiver atendido caso de hanseníase. Caso contrário, NSA (não se aplica).		
D.6		O usuário de hanseníase consegue atendimento na unidade de saúde no prazo de 24 horas quando ele apresenta neurite, reações medicamentosas ou reações hansênicas?
D.7		O paciente agenda um horário na unidade de saúde para consulta de rotina para a dose supervisionada?
D.8		Quando o usuário chega à unidade de saúde para a dose supervisionada, ele tem que esperar mais de 30 minutos para consultar com o profissional de saúde (médico, enfermeiro ou técnico/auxiliar de enfermagem)?
E. ATENDIMENTO CONTINUADO		
Somente responda a questões E.1 a E.8, se o entrevistado tiver atendido caso de hanseníase. Caso contrário, NSA (não se aplica).		
E.1		Os pacientes de hanseníase são sempre atendidos pelo mesmo médico?
E.2		Os pacientes de hanseníase são sempre atendidos pelo mesmo enfermeiro?
E.3		Você pergunta ao paciente de hanseníase sobre todos os medicamentos que ele está utilizando?
E.4		Você entende o que o paciente de hanseníase diz ou pergunta?
E.5		Você responde as perguntas de maneira que o paciente de hanseníase entenda?
E.6		Você dá tempo suficiente para o paciente de hanseníase falar as suas preocupações e tirar as suas dúvidas?
E.7		Você pergunta ao paciente como a hanseníase afeta a realização das atividades diárias (Ex: trabalho, atividades domésticas, e de autocuidado)?
E.8		Você sabe a respeito do trabalho do paciente de hanseníase?
F. INTEGRALIDADE		
INTEGRALIDADE DE SERVIÇOS DISPONÍVEIS		
Os seguintes serviços estão disponíveis na unidade de saúde da APS?		
F.1		Vacinas
F.2		Atendimento para crianças
F.3		Atendimento para adolescentes
F.4		Atendimento para adultos
F.5		Atendimento para idosos
F.6		Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais
F.7		Pré-natal

F.8		Exame preventivo para o câncer de colo de útero
F.9		Atendimento de doenças sexualmente transmissíveis, inclusive aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV
F.10		Atendimento de doenças endêmicas (esquistossomose, dengue, tuberculose)
F.11		Atendimento de doenças crônicas (hipertensão arterial, diabetes, asma)
F.12		Atendimento para problemas de saúde mental (Ex: depressão, esquizofrenia, transtorno bipolar e transtornos alimentares)
F.13		Curativos
F.14		Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de tabaco
F.15		Avaliação da saúde bucal e tratamento dentário
INTEGRALIDADE DOS SERVIÇOS PRESTADOS		
Se entrevistado realiza(ou) o acompanhamento do caso de hanseníase, pergunte: EM RELAÇÃO À HANSENÍASE, VOCÊ REALIZA(OU) ESSAS AÇÕES DA DOENÇA?		
Se entrevistado nunca realizou o acompanhamento do caso de hanseníase, pergunte: EM RELAÇÃO À HANSENÍASE, VOCÊ ESTÁ PREPARADA(O) PARA REALIZAR ESSAS AÇÕES DA DOENÇA?		
F.16		Orientações sobre o uso correto dos medicamentos da PQT e os principais efeitos adversos
F.17		Supervisão da dose diária da PQT quando necessário
F.18		Nas suas visitas domiciliares você observa os olhos, mãos e pés do paciente de hanseníase para detectar anormalidades?
F.19		Orientações para o paciente de hanseníase sobre os cuidados com olhos, mãos e pés para prevenção de incapacidades.
F.20		Orientações para retorno imediato à unidade de saúde em caso de aparecimento de novas lesões de pele, dores nos nervos periféricos e piora da sensibilidade e da força motora.
F.21		Orientações sobre os cuidados após a alta por cura: manutenção dos cuidados com os olhos, mãos e pés para a prevenção de incapacidades, cuidados com a pele e acompanhamento periódico na unidade de saúde.
H. ORIENTAÇÃO FAMILIAR		
Somente responda a questões H.1 a H.8, se o entrevistado tiver atendido caso de hanseníase. Caso contrário, NSA (não se aplica).		
H.1		Você conhece as pessoas que moram com o paciente de hanseníase?
H.2		Você pede informações sobre doenças de outras pessoas da família?
H.3		Você conversa com as pessoas da família do paciente sobre a hanseníase?
H.4		Você pergunta se as pessoas da família do paciente possuem manchas ou áreas da pele com perda ou ausência de sensibilidade?
H.5		Você orienta os familiares do paciente sobre a realização do exame dos contatos domiciliares?
H.6		Você conversa com as pessoas que moram com o paciente sobre os cuidados com os olhos, mãos e pés para a prevenção de incapacidades?
H.7		Você conversa com as pessoas que moram com o paciente sobre a possibilidade de surgimento de novas manchas na pele, caroços e dores nos nervos periféricos?
Somente responda a questão H.8, se o entrevistado tiver acompanhado caso de hanseníase com alta por cura. Caso contrário, NSA (não se aplica).		
H.8		Você conversa com as pessoas que moram com o paciente sobre os cuidados após a alta por cura (como dar continuidade aos cuidados para prevenção de incapacidades e acompanhamento periódico na unidade de saúde)?
H.9		Durante o acompanhamento do caso de hanseníase, você preenche a Ficha B – Hanseníase - do SIAB?
I. ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA		

I.1		A hanseníase é um problema de saúde importante na área de abrangência dessa unidade de saúde?
I.2		A unidade de saúde desenvolve parcerias com as escolas e igrejas para desenvolver ações de divulgação da hanseníase?
I.3		Nas visitas domiciliares, você realiza a divulgação da hanseníase para a população da sua microárea?
I.4		Nas visitas domiciliares, você realiza a suspeita de pessoas que possuem manchas ou áreas de pele com perda ou ausência de sensibilidade?
J. ORIENTAÇÃO PROFISSIONAL		
J.1		Você se considera qualificado (a) para realizar as atividades da hanseníase?
J.2		Há um sistema regular de treinamento para os ACS sobre a hanseníase?
J.3		As informações das cartilhas de hanseníase do Ministério da Saúde são utilizadas por você para realizar as visitas domiciliares?

Anexo B - Instrumento de avaliação do desempenho da atenção primária nas ações de controle da hanseníase – versão Profissionais de saúde

QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DOS SERVIÇOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA ATENÇÃO À HANSENÍASE- PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Número do questionário:		
Município:		
Responsável pela coleta de dados:		
Data da coleta de dados:		
Digitador 1:	Digitador 2:	
Data da digitação 1:	Data da digitação 2:	
A. INFORMAÇÕES SOBRE O(A) ENTREVISTADO(A)		
A.1	Nome:	
A.2	Tipo de unidade saúde:	
	ESF	1()
	EACS	2()
	UBS	3()
A.3	Nome da unidade de saúde:	
A.4	Ocupação	
	Médico da ESF	1()
	Médico da unidade de saúde tradicional	2()
	Enfermeiro da ESF	3()
	Enfermeiro da unidade de saúde tradicional	4()
A.5	Pós graduação: () Sim () Não	
A.6	Tempo que trabalha nessa unidade:	
A.7	Tempo que trabalha em serviços de atenção primária à saúde:	
A.8	Número de treinamentos em ações de controle da hanseníase:	
A.9	Há quanto tempo você trabalha em ações de controle da hanseníase?	
A.10	Você já atendeu caso de hanseníase nessa unidade de saúde? () Sim () Não	
B. INFORMAÇÕES SOBRE A ATENÇÃO À HANSENÍASE NO MUNICÍPIO		
B.1	Qual é o serviço de saúde que os usuários procuram quando apresentam os sinais e sintomas da hanseníase?	
B.2	Qual é o serviço de saúde que realiza os diagnósticos de hanseníase?	
B.3	Qual é o serviço de saúde que é responsável pelo acompanhamento do caso de hanseníase?	
B.4	Quando os usuários de hanseníase apresentam algum problema de saúde relacionado à hanseníase (ex: neurite, reações medicamentosas, reações hansênicas), em qual serviço de saúde eles são atendidos ou encaminhados?	
C. PORTA DE ENTRADA		
C.1	A unidade de saúde da APS é o primeiro serviço de saúde que os usuários procuram quando apresentam os sinais e sintomas da hanseníase?	

C.2		Os usuários de hanseníase procuram a unidade de saúde da APS para a realização do exame de contatos e para orientações de prevenção de incapacidades?
C.3		Os usuários de hanseníase procuram a unidade de saúde da APS quando precisam de uma consulta devido a um novo problema de saúde relacionado à doença (como neurite, reações medicamentosas ou reações hansênicas)?
C.4		Os usuários sempre tem que realizar consulta na unidade de saúde da APS para serem encaminhados para uma avaliação de hanseníase com especialista?
D. ACESSO		
D.1		A unidade de saúde da APS fica aberta depois das 18 horas pelo menos um dia durante a semana?
D.2		Durante o período de funcionamento da unidade de saúde da APS, existe um número de telefone para pedir informações?
D.3		Os usuários da área de abrangência tem dificuldade de deslocamento até a unidade de saúde da APS?
D.4		Os usuários da área de abrangência tem que utilizar algum tipo de transporte motorizado para chegarem à unidade de saúde da APS?
D.5		Os usuários da área de abrangência perdem o turno de trabalho ou compromisso para serem atendidos na unidade de saúde da APS?
D.6		Quando os usuários procuram a unidade de saúde com o relato de sinais e sintomas da hanseníase, ele consegue consulta o médico ou enfermeiro no prazo de 24 horas?
Somente responda a questões D.7 a D.9, se o entrevistado tiver atendido caso de hanseníase. Caso contrário, NSA (não se aplica).		
D.7		O usuário de hanseníase consegue atendimento na unidade de saúde da APS no prazo de 24 horas quando ele apresenta neurite, reações medicamentosas ou reações hansênicas?
D.8		O paciente agenda um horário na unidade de saúde para consulta de rotina para a dose supervisionada?
D.9		Quando o usuário chega à unidade de saúde para a dose supervisionada, ele tem que esperar mais de 30 minutos para consultar com o profissional de saúde (médico, enfermeiro ou técnico/auxiliar de enfermagem)?
E. ATENDIMENTO CONTINUADO		
Somente responda as questões E.1 A E.11, se o entrevistado tiver atendido caso de hanseníase. Caso contrário, NSA (não se aplica).		
E.1		Os pacientes de hanseníase são sempre atendidos pelo mesmo médico?
E.2		Os pacientes de hanseníase são sempre atendidos pelo mesmo enfermeiro?
E.3		Você conhece toda a história de saúde do paciente de hanseníase?
E.4		Você pergunta ao paciente de hanseníase sobre todos os medicamentos que ele está utilizando?
E.5		Você pergunta ao paciente de hanseníase se ele tem problemas em obter ou pagar pelos medicamentos e outros produtos que ele precisa?
E.6		Você entende o que o paciente de hanseníase diz ou pergunta?
E.7		Você responde as perguntas de maneira que o paciente de hanseníase entenda?
E.8		Você dá tempo suficiente para o paciente de hanseníase falar as suas preocupações e tirar as suas dúvidas?
E.9		Você pergunta ao paciente como a hanseníase afeta a vida diária?
E.10		Você sabe a respeito do trabalho do paciente de hanseníase?
E.11		Você anota os dados do atendimento no prontuário do paciente?
F. INTEGRALIDADE		
INTEGRALIDADE DE SERVIÇOS DISPONÍVEIS		
Os seguintes serviços estão disponíveis na unidade de saúde da APS?		
F.1		Vacinas

F.2		Atendimento para crianças		
F.3		Atendimento para adolescentes		
F.4		Atendimento para adultos		
F.5		Atendimento para idosos		
F.6		Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais		
F.7		Pré-natal		
F.8		Exame preventivo para o câncer de colo de útero		
F.9		Atendimento de doenças sexualmente transmissíveis, inclusive aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV		
F.10		Atendimento de doenças endêmicas (esquistossomose, dengue, tuberculose)		
F.11		Atendimento de doenças crônicas (hipertensão arterial, diabetes, asma)		
F.12		Atendimento para problemas de saúde mental		
F.13		Curativos		
F.14		Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de tabaco		
F.15		Aconselhamento sobre alimentação saudável		
F.16		Avaliação da saúde bucal e tratamento dentário		
F.17		Atendimento domiciliar		
INTEGRALIDADE DOS SERVIÇOS PRESTADOS				
Se a unidade de saúde onde o entrevistado atua realiza o acompanhamento do caso de hanseníase, pergunte: A UNIDADE DE SAÚDE REALIZA ESSAS AÇÕES DA HANSENÍASE? O entrevistador deverá trocar “UNIDADE DE SAÚDE” pelo nome da unidade de saúde onde o entrevistado atua (questão A.3).				
Se a unidade de saúde onde o entrevistado atua não realiza o acompanhamento do caso de hanseníase, pergunte: A UNIDADE DE SAÚDE ESTÁ PREPARADA PARA OFERECER ESSAS AÇÕES DA HANSENÍASE? O entrevistador deverá trocar “UNIDADE DE SAÚDE” pelo nome da unidade de saúde onde o entrevistado atua (questão A.3).				
F.18		Realização da suspeita do caso de hanseníase		
F.19		Realização do diagnóstico de hanseníase		
F.20		Acompanhamento do caso de hanseníase (dose supervisionada, avaliação de incapacidades físicas, orientações para prevenção de incapacidades e outros)		
F.21		Avaliação dos contatos domiciliares		
F.22		Acompanhamento do tratamento das reações hansênicas		
F.23		Acompanhamento após a alta por cura		
Agora, para conhecer um pouco mais sobre a sua conduta com os pacientes de hanseníase, descreveremos algumas situações hipotéticas.				
Qual será a sua conduta no atendimento de um caso suspeito de hanseníase?				
Anamnese (história do paciente)	<input type="checkbox"/> Sim	Avaliação da força motora	<input type="checkbox"/> Sim	
Exame físico geral	<input type="checkbox"/> Sim	Teste de sensibilidade das mãos	<input type="checkbox"/> Sim	
Teste de sensibilidade da pele com estesiômetro	<input type="checkbox"/> Sim	Teste de sensibilidade dos pés	<input type="checkbox"/> Sim	
Teste de sensibilidade da pele com algodão	<input type="checkbox"/> Sim	Teste de sensibilidade dos olhos	<input type="checkbox"/> Sim	
Teste de sensibilidade da pele - quente/frio	<input type="checkbox"/> Sim	Orientações gerais (sobre qualquer doença, inclusive a hanseníase)	<input type="checkbox"/> Sim	

Teste de sensibilidade da pele – doloroso com alfinete	<input type="checkbox"/> Sim			
Palpação de nervos periféricos	<input type="checkbox"/> Sim			
Qual será a sua conduta no atendimento para a confirmação do diagnóstico de hanseníase? (SOMENTE PARA OS MÉDICOS)				
Anamnese (história do paciente)	<input type="checkbox"/> Sim	Teste de sensibilidade dos olhos	<input type="checkbox"/> Sim	
Exame físico geral	<input type="checkbox"/> Sim	Avaliação da acuidade visual	<input type="checkbox"/> Sim	
Teste de sensibilidade da pele com estesiômetro	<input type="checkbox"/> Sim	Determinação do grau de incapacidade física	<input type="checkbox"/> Sim	
Teste de sensibilidade da pele com algodão	<input type="checkbox"/> Sim	Solicitação de baciloscopia	<input type="checkbox"/> Sim	
Teste de sensibilidade da pele - quente/frio	<input type="checkbox"/> Sim	Solicitação de exames laboratoriais	<input type="checkbox"/> Sim	
Teste de sensibilidade da pele - doloroso com alfinete	<input type="checkbox"/> Sim	Preenchimento da Ficha de Notificação do SINAN	<input type="checkbox"/> Sim	
Palpação de nervos periféricos	<input type="checkbox"/> Sim	Administração da dose supervisionada	<input type="checkbox"/> Sim	
Avaliação da força motora	<input type="checkbox"/> Sim	Orientações sobre a hanseníase	<input type="checkbox"/> Sim	
Teste de sensibilidade das mãos	<input type="checkbox"/> Sim	Orientações sobre o exame de contatos	<input type="checkbox"/> Sim	
Teste de sensibilidade dos pés	<input type="checkbox"/> Sim			
Qual será a sua conduta no acompanhamento do caso de hanseníase?				
Consulta mensal para avaliação do estado de saúde e administração da dose supervisionada	<input type="checkbox"/> Sim	Avaliação neurológica simplificada de 3 em 3 meses, quando o paciente não apresenta nenhuma queixa de problemas relacionados à hanseníase	<input type="checkbox"/> Sim	
Aconselhamento sobre o uso correto dos medicamentos da PQT e os principais efeitos adversos	<input type="checkbox"/> Sim	Avaliação dos contatos domiciliares	<input type="checkbox"/> Sim	
Orientações sobre as práticas de autocuidado para prevenção de incapacidades	<input type="checkbox"/> Sim	Aplicação de vacina BCG para contatos domiciliares quando houver indicação	<input type="checkbox"/> Sim	
Orientações para retorno imediato à unidade de saúde em caso de aparecimento dos sinais e sintomas das reações hansênicas	<input type="checkbox"/> Sim			
Qual será a sua conduta na alta do caso de hanseníase?				
Avaliação do grau de incapacidade física na alta	<input type="checkbox"/> Sim	Orientações para a realização periódica da avaliação do estado de saúde	Orientações práticas de autocuidado dos contatos domiciliares	<input type="checkbox"/> Sim
Orientações para a realização periódica da avaliação do estado de saúde	<input type="checkbox"/> Sim	Orientações para a realização periódica da avaliação do estado de saúde	Orientações práticas de autocuidado dos contatos domiciliares	<input type="checkbox"/> Sim
Qual será a sua conduta em caso de reações hansênicas?				
Avaliação neurológica simplificada quinzenalmente ou mensalmente:		Orientação para colocar o membro afetado em repouso	<input type="checkbox"/> Sim	
Palpação de nervos periféricos	<input type="checkbox"/> Sim	Iniciar corticoterapia	<input type="checkbox"/> Sim	
Avaliação da força motora	<input type="checkbox"/> Sim	Encaminhar para o serviço de referência	<input type="checkbox"/> Sim	
Realização do teste de sensibilidade dos olhos, mãos e pés	<input type="checkbox"/> Sim	Acompanhamento periódico da glicemia de jejum	<input type="checkbox"/> Sim	
Determinação do grau de acuidade visual	<input type="checkbox"/> Sim	Acompanhamento periódico do peso corporal	<input type="checkbox"/> Sim	
		Acompanhamento periódico da pressão arterial	<input type="checkbox"/> Sim	
		Vigilância para os problemas oculares que podem ocorrer com o uso prolongado da prednisona	<input type="checkbox"/> Sim	
G. COORDENAÇÃO				

Quando o entrevistado não atendeu caso de hanseníase, irá responder somente as questões G.9, G.14 e G.15. Nas outras questões, NSA (não se aplica)		
No prontuário do paciente consta:		
G.1		Cópia da ficha de notificação/investigação de hanseníase do SINAN?
G.2		Formulário para avaliação do grau de incapacidade?
G.3		Formulário para avaliação neurológica simplificada?
G.4		Formulário de vigilância de contatos intradomiciliares de hanseníase?
G.5		Os profissionais da unidade de saúde preenchem o boletim de acompanhamento do caso mensalmente para a vigilância epidemiológica?
G.6		Você segue um protocolo para realizar os atendimentos de hanseníase?
G.7		As unidades de saúde da APS contam com a colaboração de uma equipe de supervisão municipal de hanseníase na realização das ações de controle da doença?
G.8		Quando o usuário tem algum problema de saúde relacionado à hanseníase (ex: neurite, reações medicamentosas, reações hansênicas), ele consegue atendimento com especialista?
Sobre o encaminhamento do paciente de hanseníase para o especialista, responda:		
G.9		No agendamento da consulta com o especialista, o paciente de hanseníase recebe comprovante de marcação da consulta?
G.10		O encaminhamento do paciente de hanseníase ao especialista é acompanhado por formulário contendo as informações necessárias ao atendimento?
G.11		A contrarreferência do paciente de hanseníase é acompanhada por formulário contendo informações a respeito do atendimento prestado e das condutas para o seguimento do paciente no serviço de origem?
G.12		Você conversa com o paciente de hanseníase sobre os resultados da consulta realizada com o especialista?
Quais são os serviços especializados que estão disponíveis no município? Responda as questões G.21 a G.29: S – sim; N – não		
G.13		Confecção de calçados e palmilhas
G.14		Psicologia
G.15		Fisioterapia
G.16		Terapia ocupacional
G.17		Serviço social
G.18		Oftalmologia
G.19		Neurologia
G.20		Ortopedia
G.21		Ambulatório de referência para a hanseníase
H. ORIENTAÇÃO FAMILIAR		
Somente responda a questões H.1 a H.9, se o entrevistado tiver atendido caso de hanseníase. Caso contrário, NSA (não se aplica).		
H.1		Você conhece as pessoas que moram com o paciente de hanseníase?
H.2		Você pede informações sobre doenças de outras pessoas da família do paciente de hanseníase?
H.3		Você pergunta ao paciente de hanseníase se as pessoas da sua família possuem manchas ou áreas da pele com perda ou ausência de sensibilidade?
H.4		Você orienta o paciente de hanseníase e seus familiares sobre a realização do exame dos contatos intradomiciliares?

H.5		Você conversa com as pessoas da família do paciente sobre a hanseníase?
H.6		Você, quando necessário, solicita o envolvimento de uma pessoa da família para acompanhar no dia-a-dia o tratamento do paciente de hanseníase?
H.7		Você conversa com as pessoas que moram com o paciente sobre as técnicas de autocuidado para prevenção de incapacidades?
H.8		Você conversa com as pessoas que moram com o paciente sobre os sinais e sintomas das reações hansênicas?
Somente responda a questão H.9, se o entrevistado tiver acompanhado caso de hanseníase com alta por cura. Caso contrário, NSA (não se aplica).		
H.9		Você conversa com as pessoas que moram com o paciente sobre os cuidados após a alta por cura?
I. ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA		
I.1		Você conhece a situação epidemiológica da hanseníase na área de abrangência dessa unidade de saúde?
I.2		Você realiza a análise dos dados epidemiológicos da hanseníase para programar as atividades de controle da doença a serem desenvolvidas na unidade de saúde?
I.3		A unidade de saúde realiza trabalhos educativos (sala de espera, distribuição de panfletos e palestras) para informar a comunidade sobre a hanseníase?
I.4		A unidade de saúde realiza divulgação da hanseníase nas escolas e igrejas?
I.5		A unidade de saúde realiza atividades na comunidade para identificar pessoas que possuem manchas ou áreas de pele com perda ou ausência de sensibilidade?
J. ORIENTAÇÃO PROFISSIONAL		
J.1		Durante a sua graduação, você teve disciplinas ou estágios que permitiram vivenciar a temática da hanseníase?
J.2		Você se considera qualificado (a) para atender hanseníase?
J.3		Há treinamentos frequentes sobre a hanseníase para os profissionais da APS?

Anexo C - Instrumento de avaliação do desempenho da atenção primária nas ações de controle da hanseníase – versão Gestores

QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DOS SERVIÇOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA ATENÇÃO À HANSENÍASE –GESTORES		
Município:		
Responsável pela coleta de dados:		
Data da coleta de dados:		
Digitador 1:		Digitador 2:
Data da digitação 1:		Data da digitação 2:
A. INFORMAÇÕES SOBRE O(A) ENTREVISTADO(A)		
A.1	Nome:	
A.2	Gestor:	
	Secretário Municipal de Saúde	1()
	Coordenação da Atenção Primária	2()
	Referência Técnica Municipal em Hanseníase	3()
	Gerente de unidade da APS	4()
	Nome da unidade de saúde: _____	
A.3	Formação do entrevistado:	
A.4	Pós-graduação: () Sim () Não	
A.5	Tempo que trabalha nessa função:	
A.6	Tempo que trabalha em serviços da atenção primária à saúde:	
A.7	Número de treinamentos em ações de controle da hanseníase:	
B. INFORMAÇÕES SOBRE A ORGANIZAÇÃO DA APS E DA ATENÇÃO À HANSENÍASE NO MUNICÍPIO		
B.1	Quais são os serviços de saúde que os usuários procuram quando apresentam os sinais e sintomas da hanseníase?	
B.2	Quais são os serviços de saúde que realizam os diagnósticos de hanseníase?	
B.3	Quais são os serviços de saúde que são responsáveis pelo acompanhamento do caso de hanseníase?	
B.4	Quando os usuários de hanseníase apresentam algum problema de saúde relacionado à hanseníase (ex: neurite, reações medicamentosas, reações hansênicas), em qual serviço de saúde eles são atendidos ou encaminhados?	
C. PORTA DE ENTRADA		
C.1	A unidade de saúde da APS é o primeiro serviço de saúde que os usuários procuram quando apresentam os sinais e sintomas da hanseníase?	
C.2	Os usuários de hanseníase procuram a unidade de saúde da APS para a realização do exame de contatos e para orientações de prevenção de incapacidades?	
C.3	Os usuários de hanseníase procuram a unidade de saúde da APS quando precisam de uma consulta devido a um novo problema de saúde relacionado à doença (como neurite, reações medicamentosas ou reações hansênicas)?	
C.4	Os usuários sempre tem que realizar consulta na unidade de saúde da APS para serem encaminhados para uma avaliação de hanseníase com especialista?	

D. ACESSO		
D.1		As unidades de saúde da APS ficam abertas depois das 18 horas pelo menos um dia durante a semana?
D.2		Durante o período de funcionamento da unidade de saúde da APS, existe um número de telefone para pedir informações?
D.3		Os usuários tem dificuldade de deslocamento até a unidade de saúde da APS do seu território?
D.4		Os usuários tem que utilizar algum tipo de transporte motorizado para chegarem à unidade de saúde da APS do seu território?
D.5		Os usuários perdem o turno de trabalho ou compromisso para serem atendidos na unidade de saúde da APS do seu território?
D.6		Quando os usuários procuram a unidade de saúde da APS com o relato de sinais e sintomas da hanseníase, ele consegue consulta com algum profissional de saúde (médico ou enfermeiro) no prazo de 24 horas?
D.7		O usuário de hanseníase consegue atendimento na unidade de saúde da APS no prazo de 24 horas quando ele apresenta neurite, reações medicamentosas ou reações hansênicas?
E. ATENDIMENTO CONTINUADO		
E.1		Os pacientes de hanseníase são sempre atendidos pela mesma equipe de saúde da APS?
E.2		Os pacientes de hanseníase são sempre atendidos pelo mesmo médico da unidade de saúde da APS?
E.3		Os pacientes de hanseníase são sempre atendidos pelo mesmo enfermeiro da unidade de saúde da APS?
F. INTEGRALIDADE		
INTEGRALIDADE DOS SERVIÇOS DISPONÍVEIS		
Os seguintes serviços estão disponíveis nas unidades de saúde da APS?		
F.1		Vacinas
F.2		Atendimento para crianças
F.3		Atendimento para adolescentes
F.4		Atendimento para adultos
F.5		Atendimento para idosos
F.6		Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais
F.7		Pré-natal
F.8		Exame preventivo para o câncer de colo de útero
F.9		Atendimento de doenças sexualmente transmissíveis, inclusive aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV
F.10		Atendimento de doenças endêmicas (dengue, tuberculose, esquistossomose)
F.11		Atendimento de doenças crônicas (hipertensão arterial, diabetes, asma)
F.12		Atendimento para problemas de saúde mental
F.13		Curativos
F.14		Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de tabaco
F.15		Aconselhamento sobre alimentação saudável
F.16		Avaliação da saúde bucal e tratamento dentário
F.17		Atendimento domiciliar
INTEGRALIDADE DOS SERVIÇOS PRESTADOS		
Em relação à hanseníase, as unidades de saúde da APS estão preparadas para oferecer essas ações da doença?		
F.18		Realização da suspeita do caso de hanseníase

F.19		Realização do diagnóstico de hanseníase
F.20		Acompanhamento do caso de hanseníase (dose supervisionada, avaliação de incapacidades físicas, orientações para prevenção de incapacidades e outros)
F.21		Avaliação dos contatos domiciliares
F.22		Acompanhamento do tratamento das reações hansênicas
F.23		Acompanhamento após a alta por cura
G. COORDENAÇÃO		
G.1		Existe protocolo ou fluxograma de atendimento da hanseníase no município?
G.2		Os profissionais de saúde seguem esse protocolo / fluxograma para realizarem os atendimentos de hanseníase?
G.3		Os profissionais de saúde preenchem o Boletim de Acompanhamento do Caso mensalmente para a Vigilância Epidemiológica?
G.4		O município elabora o Plano Anual de Trabalho da hanseníase?
G.5		As diretrizes da Portaria 3.125, do Ministério da Saúde, são utilizadas por você para planejar as ações de controle da hanseníase?
G.6		As diretrizes da Portaria 594, do Ministério da Saúde, que define o serviço de Atenção Integral em Hanseníase nos 3 níveis de atenção à saúde, são utilizadas para definir a atuação das unidades da APS no controle da hanseníase?
G.7		Foi realizada a pactuação da hanseníase na CIB (Comissão Intergestora Bipartite)?
G.8		As unidades de saúde da APS contam com a colaboração de uma equipe de supervisão municipal de hanseníase na realização das ações de controle da doença?
G.9		Quando o paciente de hanseníase tem algum problema de saúde relacionado à doença (ex: neurite, reações medicamentosas, reações hansênicas), ele consegue atendimento com especialista?
Sobre o encaminhamento do paciente de hanseníase para qualquer tipo de especialista ou serviço especializado, responda:		
G.10		No agendamento da consulta com o especialista, o paciente de hanseníase recebe comprovante de marcação da consulta?
G.11		O encaminhamento do paciente de hanseníase ao especialista é acompanhado por formulário contendo as informações necessárias ao atendimento?
G.12		A contrarreferência do paciente de hanseníase é acompanhada por formulário, contendo informações a respeito do atendimento prestado e das condutas para o seguimento do paciente no serviço de origem?
G.13		Você se preocupa com a qualidade do cuidado que foi dado ao paciente no serviço especializado?
Quais são os serviços especializados que estão disponíveis no município?		
Responda as questões G.16 a G.24: S – sim; N – não		
G.14		Confecção de calçados e palmilhas
G.15		Psicologia
G.16		Fisioterapia
G.17		Terapia ocupacional
G.18		Serviço social
G.19		Neurologia
G.20		Oftalmologia
G.21		Ortopedia
G.22		Ambulatório de referência para a hanseníase

H. ORIENTAÇÃO FAMILIAR		
H.1		Os profissionais de saúde da APS são orientados a reunirem com as pessoas da família do paciente de hanseníase?
H.2		Os profissionais de saúde da APS são orientados a conversarem com as pessoas da família do paciente sobre a hanseníase?
H.3		Os profissionais de saúde da APS orientam o paciente de hanseníase e seus familiares sobre a realização do exame de contatos domiciliares?
I. ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA		
I.1		Você conhece a situação epidemiológica da hanseníase no município/unidade de saúde?
I.2		Você realiza a análise dos dados epidemiológicos da hanseníase para programar as atividades de controle da doença a serem desenvolvidas no município/unidade de saúde?
I.3		Você realiza o monitoramento dos indicadores da hanseníase?
I.4		A hanseníase é discutida no Plano Municipal de Saúde?
I.5		A hanseníase é discutida no Conselho Municipal de Saúde?
I.6		O município promove a mobilização de lideranças comunitárias para atuar no controle da hanseníase?
I.7		O município realiza divulgação da hanseníase na rádio e jornais?
I.8		As unidades de saúde da APS realizam trabalhos educativos para informar a comunidade sobre a hanseníase?
I.9		As unidades de saúde realizam divulgação da hanseníase nas escolas e igrejas?
I.10		As unidades de saúde da APS realizam atividades na comunidade para identificar pessoas que possuem manchas ou áreas de pele com perda ou ausência de sensibilidade?
I.11		O município investe recursos próprios para a hanseníase?
J. ORIENTAÇÃO PROFISSIONAL		
J.1		Você se considera qualificado(a) para realizar o monitoramento das ações de controle da hanseníase?
J.2		Você considera que os médicos das unidades de saúde da APS estão qualificados para atuarem na hanseníase?
J.3		Você considera que os enfermeiros das unidades de saúde da APS estão qualificados para atuarem na hanseníase?
J.4		Você considera que os técnicos/auxiliares de enfermagem das unidades de saúde da APS estão qualificados para atuarem na hanseníase?
J.5		Você considera que os agentes comunitários de saúde das unidades de saúde da APS estão qualificados para atuarem na hanseníase?
J.6		Há treinamentos frequentes sobre a hanseníase para os profissionais da APS?

Anexo D - Parecer Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Projeto: CAAE – 24578213.2.0000.5149

Interessado(a): Prof. Francisco Carlos Félix Lana
Departamento de Enfermagem Materno Infantil e
Saúde Pública
Escola de Enfermagem - UFMG

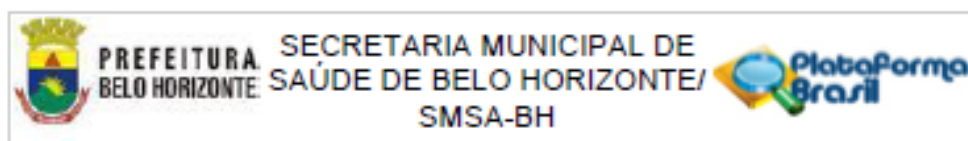
DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 07 de janeiro de 2014, o projeto de pesquisa intitulado "Avaliação do desempenho dos serviços de atenção primária à saúde na atenção à hanseníase" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG

Anexo E - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação de desempenho dos serviços da atenção primária à saúde na atenção à hanseníase

Pesquisador: FRANCISCO CARLOS FÉLIX LANA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 24578213.2.0000.5149

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Patrocinador Principal: Ministério da Saúde

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 534.273

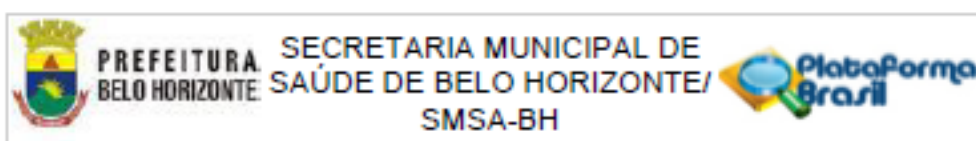
Data da Relatoria: 18/02/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo quantitativo, do tipo avaliativo, transversal, que será realizado na Região Metropolitana de Belo Horizonte, no Estado de Minas Gerais com o objetivo de avaliar as características organizacionais e de desempenho da Atenção Primária à Saúde (APS) na atenção à hanseníase. Para a avaliação do desempenho da atenção primária à saúde na atenção à hanseníase será utilizado um instrumento de coleta de dados intitulado de "Instrumento de avaliação das ações de controle da hanseníase na atenção primária". Esse

questionário será aplicado aos profissionais de saúde da atenção primária (médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde), gerentes municipais de saúde, e usuários diagnosticados com hanseníase (no período de 2010 a 2013) residentes nos municípios cenário do estudo. Serão contemplados os municípios de Belo Horizonte, Contagem e Betim, nos quais será realizada entrevistas com todos os participantes, ou seja, profissionais, gestores e usuários. No município de Lagoa Santa as entrevistas serão realizadas apenas com os profissionais de saúde. Serão calculados escores para cada atributo da atenção primária, escores essenciais da APS (porta de entrada, acesso, atendimento continuado, integralidade dos serviços disponíveis e prestados e coordenação), escores derivados da APS (orientação familiar, orientação comunitária e orientação profissional) e escore geral da APS. Esses escores calculados serão comparados com os diferentes

Endereço: Av. Afonso Pena, 2336 - 9º andar
 Bairro: Funcionários CEP: 30.130-007
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3277-6309 E-mail: coesp@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 534.273

participantes, com os municípios e por fim com os tipos de unidades de saúde da APS que fazem parte do estudo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Avaliar o desempenho dos serviços da atenção primária à saúde na atenção à hanseníase em municípios da Região Metropolitana de Belo Horizonte.

Objetivo Secundário: a. Avaliar em que medida os atributos da atenção primária à saúde (porta de entrada, acesso, atendimento continuado, integralidade, coordenação, orientação familiar, orientação comunitária e formação profissional) vêm sendo alcançados na atenção à hanseníase nos municípios da Região Metropolitana de Belo Horizonte; b. Elaborar um perfil dos serviços da atenção primária à saúde na atenção à hanseníase e avaliar a qualidade dessa atenção nos municípios da Região Metropolitana de Belo Horizonte; c. Comparar os indicadores de cada atributo da atenção primária à saúde entre municípios, unidades de saúde e Informantes-chave (profissionais de saúde, gestores e usuários); d. Identificar os principais problemas que são enfrentados pelos serviços de saúde para controlar a endemia nos municípios; e. Comparar a orientação para a atenção primária à saúde de uma forma em geral e a orientação para a atenção primária à saúde nas ações de controle da hanseníase em relação aos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos são definidos como mínimos, relacionados ao acesso a informações dos usuários dos serviços de saúde de hanseníase como o nome e endereço, disponíveis no banco de dados do SINAN. "No entanto, o contato com esse paciente será intermediado por profissional de saúde ou gerente do local onde o mesmo recebeu tratamento da hanseníase, por meio de carta convite." Não há benefícios diretos para os participantes. Os resultados poderão trazer benefícios para o sistema de saúde no atendimento à hanseníase.

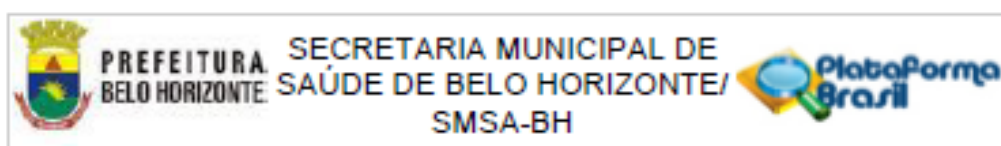
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa está bem apresentada e fundamentada, a metodologia está claramente apresentada, bem como as etapas a serem desenvolvidas, contando com o apoio das instituições públicas onde será realizada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentação apresentada corretamente, de acordo com as determinações da Resolução 466/2012.

Endereço: Av. Afonso Pena, 2338 - 9º andar
 Bairro: Funcionários CEP: 30.130-007
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3277-5309 E-mail: coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 534.273

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, não encontrando objeções éticas e verificando que o projeto cumpriu os requisitos da Resolução CNS 466/12, considera aprovado o projeto Avaliação de desempenho dos serviços da atenção primária à saúde na atenção à hanseníase.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Salienta-se que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.

O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delimitada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto nos casos previstos na Resolução CNS 466/12. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser previamente apresentadas para apreciação do CEP através da Plataforma Brasil, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Relatórios anuais, a partir da data de aprovação, devem ser apresentados ao CEP para acompanhamento da pesquisa. Ao término da pesquisa deve ser apresentado relatório final.

Endereço: Av. Afonso Pena, 2338 - 9º andar
 Bairro: Funcionários CEP: 30.130-007
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3277-5309 E-mail: coep@pbh.gov.br

Anexo F - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Versão Gestores/ Profissionais de saúde/ Agentes Comunitários de saúde

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - VERSÃO GESTORES/PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Prezado senhor(a),

O Sr.(a) foi convidado(a) para participar da pesquisa “**Avaliação de desempenho dos serviços da atenção primária à saúde na atenção à hanseníase**”. Esta pesquisa está sendo realizada por uma equipe de pesquisadores da Universidade Federal de Minas Gerais e tem como objetivo avaliar as características organizacionais e de desempenho dos serviços da atenção primária no controle da hanseníase.

A sua participação consistirá em responder este questionário e a entrevista será realizada no seu ambiente de trabalho. O questionário não é identificável e os dados serão divulgados agregados, guardando assim o absoluto sigilo sobre as informações.

Após a conclusão do trabalho de campo, os dados serão publicados em artigos científicos e em tese de doutorado, mas os nomes dos informantes e as informações individuais não serão divulgados. A sua participação é voluntária e de seu livre-arbítrio, podendo se recusar a responder qualquer pergunta do questionário. O Sr.(a) pode desistir de participar na pesquisa a qualquer momento.

A participação na pesquisa não trará benefícios individuais e a recusa em participar também não trará qualquer prejuízo na sua relação com o serviço, a instituição de pesquisa ou com os pesquisadores. As informações fornecidas servirão para sugerir estratégias de controle da hanseníase em serviços de APS. Os riscos para sua participação na pesquisa serão mínimos relacionados apenas ao acesso dos pesquisadores ao seu nome e endereço do local de trabalho. Asseguramos o anonimato e sigilo das informações aqui concedidas.

Caso tenha qualquer dúvida pedimos que a esclarecesse diretamente com o coordenador da equipe de pesquisadores da Universidade Federal de Minas Gerais, o Prof. Dr. Francisco Carlos Félix Lana, pelos telefones (31)3409-9862, ou ainda pelo e-mail xicolana@ufmg.br. Caso queira mais informações sobre os seus direitos como participante desta pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética da UFMG (COEP/UFMG) pelo telefone (31) 3409-4592.

Você receberá uma cópia deste Termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal e do COEP/UFMG podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação a qualquer momento. Você assinará este Termo declarando que entendeu os objetivos, riscos e benefícios de sua participação na pesquisa, concordando em participar.

Nome do Participante: _____

Assinatura: _____

*Endereço do COEP/UFMG
Av. Presidente Antônio Carlos,
6627- Unidade Administrativa II -
2º andar - sala 2005
Belo Horizonte – MG. CEP:
31270-901 Tel: (31) 3409-4592*

Prof. Dr. Francisco Carlos Félix Lana
Coordenador da Pesquisa
Av. Alfredo Balena, 190 - Bairro Santa
Efigênia
Escola de Enfermagem - Belo Horizonte –
MG.
CEP: 30130-100

Nayara Figueiredo Vieira
Pesquisadora
Rua Campanha, 189, apto 207- Bairro
Carmo Sion – Belo Horizonte – MG -
CEP: 30310770

*Endereço do CEP/SMSA-BH
Endereço: Avenida Afonso Pena, 2336
- 9º andar- Bairro Funcionários
Belo Horizonte – MG. CEP: 30130-
0078Tel: (31) 31 3277-5309*