

Fernanda Moura Lanza

**Avaliação da atenção primária no controle da hanseníase:
validação de instrumentos e análise do desempenho de
municípios endêmicos do Estado de Minas Gerais**

Belo Horizonte - MG
Escola de Enfermagem da UFMG
2014

Fernanda Moura Lanza

**Avaliação da atenção primária no controle da hanseníase:
validação de instrumentos e análise do desempenho de
municípios endêmicos do Estado de Minas Gerais**

Tese apresentada ao Curso de Doutorado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Área de concentração: Prevenção e Controle de Agravos à Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Francisco Carlos Félix Lana

Belo Horizonte - MG
Escola de Enfermagem da UFMG
2014

Lanza, Fernanda Moura.
L297a Avaliação da atenção primária no controle da hanseníase [manuscrito]:
validação de instrumentos e análise do desempenho de municípios
endêmicos do Estado de Minas Gerais / Fernanda Moura Lanza. - - Belo
Horizonte: 2014.
310f.: il.
Orientador: Francisco Carlos Félix Lana.
Área de concentração: Prevenção e Controle de Agravos à Saúde.
Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de
Enfermagem.

1. Hanseníase/prevenção & controle. 2. Atenção Primária à Saúde. 3.
Avaliação de Serviços de Saúde. 4. Validade dos Testes. 5.
Reprodutibilidade dos Testes. 6. Questionários. 7. Dissertações
Acadêmicas. I. Lana, Francisco Carlos Félix. II. Universidade Federal de
Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WC 335

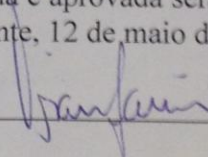
ATA DE NÚMERO 47 (QUARENTA E SETE) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA TESE APRESENTADA PELA CANDIDATA FERNANDA MOURA LANZA PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE DOUTORA EM ENFERMAGEM.

Aos 12 (doze) dias do mês de maio de dois mil e quatorze, às 08:30 horas, realizou-se no Anfiteatro da Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, a sessão pública para apresentação e defesa da tese "AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO CONTROLE DA HANSENÍASE: VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTOS E ANÁLISE DO DESEMPENHO DE MUNICÍPIOS ENDÊMICOS DO ESTADO DE MINAS GERAIS", da aluna **Fernanda Moura Lanza**, candidata ao título de "Doutora em Enfermagem", linha de pesquisa "Prevenção e Controle de Agravos à Saúde". A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes professores doutores: Francisco Carlos Félix Lana (orientador), Airton Tetelbom Stein, Gerson de Oliveira Penna, Maria Aparecida de Faria Grossi e Adriano Marçal Pimenta, 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:

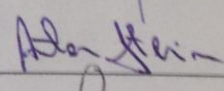
- APROVADA;
- APROVADA COM AS MODIFICAÇÕES CONTIDAS NA FOLHA EM ANEXO;
- REPROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pelo Senhor Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Lucilene Batista Soares Braga, Secretária em exercício 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, 12 de maio de 2014.

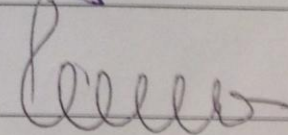
Prof. Dr. Francisco Carlos Félix Lana
Orientador (Esc.Enf/UFMG)



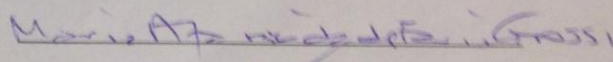
Prof. Dr. Airton Tetelbom Stein
(UFCSPA)



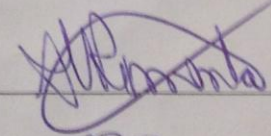
Prof. Dr. Gerson Oliveira Penna
(Universidade de Brasília)



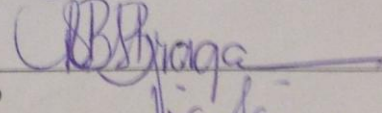
Prof.^a Dr.^a. Maria Aparecida de Faria Grossi
(SES-MG)



Prof. Dr. Adriano Marçal Pimenta
(Esc.Enf/UFMG)



Lucilene Batista Soares Braga
Secretária em exercício do Colegiado de Pós-Graduação



HOMOLOGADO em reunião do CPG
Em 02/06/14

Prof. Dr. Francisco Carlos Félix Lana
Coordenador do Colegiado de Pós-Graduação
ESCOLA DE ENFERMAGEM/UFMG

Dedico este trabalho a todos
que me incentivaram e
me apoiaram ao longo desta caminhada,
especialmente
meus pais **Sérgio e Eliane**,
meu noivo **Lucas** (daqui uns dias marido!) e
meu avó **Antônio Moura** (*in memoriam*)





Agradecimentos

Em primeiro lugar a Deus, que me guiou com sua Luz Divina durante essa trajetória.

Aos meus pais, Sérgio e Eliane, alicerce da minha vida! Agradeço a presença amorosa, a força e estímulo para que eu conseguisse completar este percurso.

Ao Lucas, pelo amor, carinho, companheirismo e por me incentivar a seguir a carreira acadêmica. Obrigada por compreender a minha ausência durante a longa e solitária fase de construção desta tese. Sei que ficará feliz e orgulhoso a cada artigo publicado deste trabalho. Sem a sua força e paciência, a concretização desse trabalho seria impossível.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Francisco Carlos Félix Lana, um grande mestre e amigo! Obrigada por compartilhar comigo os seus conhecimentos e ensinamentos durante esses 12 anos de convivência e acreditar sempre no meu potencial. A minha formação acadêmica, que hoje se concretiza, é fruto do seu estímulo, dedicação e compromisso.

À Profa. Dra. Célia Almeida e ao Prof. Dr. Gerson Penna, pelas valiosas sugestões na qualificação.

Aos professores da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, pelos anos de convivência, pela aprendizagem e pela minha formação profissional e pessoal.

Aos professores do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de São João del Rei, em especial aos do Grupo de Atuação Docente Gestão dos Serviços de Saúde e Enfermagem, pelo incentivo em todas as etapas de elaboração da tese.


À Profa. Dra. Mônica Maria Celestina de Oliveira, pelas valiosas contribuições nas análises estatísticas.


Aos colegas do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Hanseníase – NEPHANS – da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, pela convivência e pelo aprendizado compartilhado, em especial, às amigas Ana Paula, Angélica, Fabiana, Nayara e Ísis Eloah.

Aos peritos, pelas contribuições na etapa de validação de face e conteúdo do instrumento,

Aos municípios de Betim, Almenara, Teófilo Otoni e Governador Valadares, pelo consentimento para a realização da coleta de dados.

À Guilhermina Souza, Katiúscia Cardoso Rodrigues e Maria da Glória Botelho Reyna, pelo inestimável apoio para a realização dessa pesquisa.





Aos Gestores, Médicos, Enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde, obrigada pela participação na pesquisa!

Aos usuários, que abriram as portas das suas residências para compartilhar as experiências vivenciadas durante o tratamento da hanseníase.

À Nayara Vieira e Áglidy Gomes, pela dedicação e empenho na realização da coleta de dados.

Ao Dr. Alexandre Castelo Branco e à Regina Lúcia pela acolhida em Governador Valadares.

Às Famílias Moura e Lanza, com carinho souberam compreender a minha ausência.

Às Famílias Silva e Pereira, pelo apoio.

Ao meu tio Anderson, que colaborou na logística da coleta de dados em Betim e à minha Tia Adriana, obrigada por ter sido minha motorista nas idas e vindas à Belo Horizonte.

À Kika, pelos momentos de descontração.

Às “The Doctors”, Ana Valesca, Érika, Martinha e Simone, por tudo de bom que vivemos nessa caminhada e pelas experiências compartilhadas.

À Selma Viegas, Patrícia Peres, Daniel Cortez, Maísa Macedo e Rayssa Nogueira, pelo apoio, pelas palavras de força, convivência e amizade.

À Fabiana e Daniela Trindade, pela amizade e afetuosa hospedagem durante os dias de coleta de dados em Betim.


À Valeriana Maria Alves Costa, pela revisão da língua portuguesa.

À Secretaria Municipal de Saúde de Nova Lima, pelo incentivo para a minha qualificação acadêmica.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais, pelo auxílio financeiro que viabilizou a realização do estudo e pela bolsa de Doutorado.

À Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São João del Rei, pela concessão da bolsa de pesquisa.

Enfim, a todos que de alguma forma contribuíram para a realização desse sonho, os meus sinceros agradecimentos!



RESUMO

LANZA, F. M. **Avaliação da atenção primária no controle da hanseníase: validação de instrumentos e análise do desempenho de municípios endêmicos do Estado de Minas Gerais**. 2014. 310 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

O presente estudo teve como objetivo avaliar o desempenho de municípios endêmicos do Estado de Minas Gerais na atenção à hanseníase por meio de uma metodologia de avaliação do grau de orientação dos serviços da atenção primária à saúde na realização das ações de controle da hanseníase. Trata-se de uma pesquisa que possui duas etapas, sendo a primeira um estudo metodológico de elaboração e validação de um instrumento de medida e a segunda etapa uma pesquisa avaliativa, realizada em três municípios mineiros, para medir a presença e a extensão dos atributos da atenção primária à saúde (APS) no controle da doença. O estudo metodológico foi desenvolvido em quatro etapas: 1. Construção do “Instrumento de avaliação do desempenho da atenção primária nas ações de controle da hanseníase” em quatro versões destinadas para os gestores, profissionais de saúde (médicos e enfermeiros), agentes comunitários de saúde (ACS) e usuários; 2. Validação de face e de conteúdo por especialistas; 3. Realização do pré-teste no município de Betim nos meses de junho e julho de 2012; 4. Validação de construto, confiabilidade e fidedignidade. A coleta de dados da pesquisa foi realizada nos municípios de Almenara, Teófilo Otoni e Governador Valadares, nos meses de julho a dezembro de 2012. Os participantes da pesquisa foram: 380 ACS, 124 médicos e enfermeiros, 14 gestores e 31 usuários. Para a validação de construto foi utilizada a análise de fatores exploratória; a medida de consistência interna dos itens foi determinada pelo alfa de Cronbach e a estabilidade no tempo pelo teste de Wilcoxon e Coeficiente de Correlação Intraclasse (ICC). Na pesquisa avaliativa, foram atribuídos escores geral, essencial e derivado, bem como para cada atributo da APS (porta de entrada, acesso, atendimento continuado, integralidade dos serviços disponíveis e prestados, coordenação, orientação familiar, orientação comunitária e orientação profissional). Os escores médios acima de 6,6 correspondem à alta orientação dos serviços de APS para a realização das ações de controle da hanseníase (ACH). O *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows* versão 17 foi utilizado para o tratamento estatístico: estatística descritiva (medidas de tendência central, de posição e dispersão) e analítica (teste de *Kruskal-Wallis* e *Mann-Whitney*). Adotou-se 5% como nível crítico para a rejeição da hipótese nula. Resultados do estudo metodológico: o instrumento destinado aos ACS apresentou validade de construto, confiabilidade e estabilidade teste-reteste, sendo considerado válido e confiável para avaliar o desempenho da APS na atenção à hanseníase. As demais versões apresentaram validade de construto em espelho à versão do ACS e medidas de fidedignidade aceitáveis. Os resultados da pesquisa avaliativa foram apresentados por cada cenário. *Almenara*: todos os informantes atribuíram escores acima de 6,6 na medida da orientação geral e essencial dos serviços de APS para a realização das ACH. No entanto, os gestores, ACS e usuários identificaram fragilidades nos atributos que compõem o escore derivado (orientação familiar, comunitária e profissional). Não houve diferenças estatisticamente significantes entre os informantes na avaliação do desempenho geral, essencial e derivado da APS na atenção à hanseníase. *Teófilo Otoni*: Em relação ao escore geral, 42,9% dos gestores; 43,6% dos médicos e enfermeiros; 71,5% dos ACS avaliaram o serviço como fortemente orientado para a realização das ACH na APS. Os profissionais foram os únicos informantes que identificaram fragilidades no escore derivado (média=5,7). Verificou-se diferenças estatisticamente significantes entre os

informantes na avaliação do desempenho geral, essencial e derivado da APS na atenção à hanseníase e nos atributos acesso, atendimento continuado e orientação comunitária. *Governador Valadares*: Em relação ao escore geral, 60% dos gestores; 70,4% dos médicos e enfermeiros; 70,3% dos ACS e 42,9% dos usuários avaliaram o serviço como fortemente orientado para a realização das ACH na APS. O escore essencial apresentou média acima de 6,6 e somente os usuários avaliaram negativamente o escore derivado, que qualifica atenção realizada na APS. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os informantes na avaliação dos escores geral, essencial e derivado. No entanto, foi verificado que a mediana dos escores é significativamente diferentes nos atributos porta de entrada; acesso; atendimento continuado; integralidade dos serviços disponíveis; orientação familiar; orientação comunitária e orientação profissional. Verificou-se que há diferença estatisticamente significativa no escore geral entre os municípios do estudo, sendo que Almenara possui maior orientação da APS para a realização das ACH, seguido de Governador Valadares e, por último, Teófilo Otoni. Conclui-se que os instrumentos desenvolvidos nessa pesquisa podem ser considerados adequados para avaliar o desempenho da APS no desenvolvimento das ACH, porém torna-se necessária a realização de novos estudos para o teste das propriedades psicométricas. Em cada cenário foram identificados os atributos que necessitam ser fortalecidos para qualificar a atuação da APS no controle da hanseníase.

Descritores: Hanseníase/prevenção & controle. Atenção Primária à Saúde. Avaliação de serviços de saúde. Questionários. Validade dos Testes. Reprodutibilidade dos Testes.

ABSTRACT

LANZA, F. M. **Evaluation of primary care in leprosy control: instruments validation and performance analysis of endemic municipalities of Minas Gerais.** 2014. 310 p. Thesis (Nursing Doctorate) – Nursing School, Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

The present study aims to evaluate the performance of endemic municipalities of Minas Gerais in leprosy care by means of a methodology for assessing the degree of orientation of primary health care in executing leprosy control actions. This is a survey that has two stages, the first being a methodological study for developing and validating a measuring instrument and the second stage being an evaluative survey, conducted in three municipalities of Minas Gerais, to measure the presence and extent of primary health care (PHC) attributes in disease control. The methodological study was conducted in four steps: (1) Construction of the "Instrument for assessing the performance of primary care in efforts to leprosy control" in four versions designed for managers, health care professionals (doctors and nurses), community health agents (CHA) and users; 2. Face and content validity by specialists; 3. Implementation of the pre-test in the municipality of Betim during June and July 2012; 4. Construct validity, reliability and credibility data collection survey was conducted in the municipalities of Almenara, Teófilo Otoni and Governador Valadares, between July and December 2012. The participants were: 380 CHA, 124 doctors and nurses, 14 managers and 31 users. For the construct validity, exploratory factor analysis was used; the measurement of internal consistency of the items was determined by Cronbach's alpha and the stability over time using the Wilcoxon and Intra-Class Correlation Coefficient (ICC) test. In evaluation research, general, essential and derived scores were assigned, for each attribute of PHC (first contact, access, continued care, comprehensiveness of available and provided services, coordination, family orientation, community orientation and professional orientation). The mean scores above 6.6 correspond to high orientation of PHC services for executing leprosy control actions (LCA). *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows* version 17 was used for statistical analysis: descriptive statistics (measures of central tendency, position and dispersion) and analytics (*Kruskal-Wallis* and *Mann-Whitney* tests). We adopted a 5% critical level for rejection of the null hypothesis. Results of methodological study: the instrument designed for CHA has demonstrated construct validity, reliability and test-retest stability, and is considered reliable and valid for assessing the performance of PHC in the leprosy care. The other versions showed construct validity in the mirror version of CHA and measures of acceptable reliability. The results of evaluative research were presented in each scenario. *Almenara*: all the informants assigned scores above 6.6 on the scale of general guidance and essential PHC services for the implementation of LCA. However, managers, users and CHA identified weaknesses in the attributes that constitute to the derived score (family, community and professional orientation). There were no statistically significant differences between informants in the assessment of general and essential performance derived from APS in leprosy care. *Teófilo Otoni*: In relation to the overall score, 42.9% of managers; 43.6% of doctors and nurses; 71.5% of CHA rated the service as strongly oriented towards the achievement of LCA in PHC. Professionals were the only informants who identified weaknesses in derived score (mean = 5.7). There were statistically significant differences between informants in the assessment of general and essential performance derived from the PHC in leprosy care and access, continued care and community orientation attributes. *Governador Valadares*: In relation to the overall score, 60% of managers; 70.4% of

doctors and nurses; 70.3% of CHA and 42.9% of users rated the service as strongly oriented towards the achievement of LCA in PHC. The key score showed an average above 6.6 and only the derived score rated negatively by the users qualifies for the attention of PHC. There was no statistically significant difference between the informants in the assessment of general, essential and derived scores. However, it was found that average score is significantly different when compared to scores of attributes such as first contact; access; continued care; comprehensiveness of available services; family orientation; community and professional orientation. It was found that statistically, there is a significant difference in overall score between the municipalities included in the study, and that, Almenara has received majority of the orientation of PHC in order to execute LCA, followed by Governador Valadares and lastly, Teófilo Otoni. We conclude that the tools developed in this research may be appropriate to evaluate the performance of PHC in the development of LCA, but it is necessary to conduct further studies to test the psychometric properties. In each scenario the attributes that need to be strengthened to empower the performance of PHC in leprosy control were identified.

DESCRIPTORS: Leprosy/prevention & control. Primary Health Care. Health Services Evaluation. Questionnaires. Validity of Tests. Reproducibility of Results.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	- <i>Clusters</i> de alto risco de hanseníase, identificados por meio do coeficiente de detecção de casos novos e população – Brasil, 2005-2007 e 2007-2009	31
Figura 2	- Componente da hanseníase na etapa de autoavaliação do PMAQ	54
Figura 3	- Etapas do desenvolvimento da pesquisa	58
Figura 4	- Critérios de inclusão e exclusão para participação na pesquisa	71
Figura 5	- Passos da análise fatorial exploratória do “Instrumento de avaliação do desempenho da atenção primária nas ações de controle da hanseníase”	75
Figura 6	- Descrição da avaliação dos escores essencial, derivado e geral na atenção à hanseníase em Almenara, 2012	147
Figura 7	- Comparação da avaliação dos escores médios dos atributos da APS do município de Almenara na atenção à hanseníase segundo a experiência dos gestores, profissionais, ACS e usuários no ano de 2012	148
Figura 8	- <i>Boxplot</i> para escore de integralidade dos serviços prestados de acordo com o sujeito de pesquisa do município de Almenara	149
Figura 9	- <i>Boxplot</i> para escore de orientação familiar de acordo com o sujeito de pesquisa do município de Almenara	150
Figura 10	- <i>Boxplot</i> para escore de orientação comunitária de acordo com o sujeito de pesquisa do município de Almenara	151
Figura 11	- Descrição da avaliação dos escores essencial, derivado e geral na atenção à hanseníase em Teófilo Otoni, 2012	169
Figura 12	- <i>Boxplot</i> para escore geral de acordo com o sujeito de pesquisa do município de Teófilo Otoni	170
Figura 13	- <i>Boxplot</i> para escore essencial de acordo com o sujeito de pesquisa do município de Teófilo Otoni	171
Figura 14	- <i>Boxplot</i> para escore derivado de acordo com o sujeito de pesquisa do município de Teófilo Otoni	172
Figura 15	- Comparação da avaliação dos escores médios dos atributos da APS do município de Teófilo Otoni na atenção à hanseníase segundo a experiência dos gestores, profissionais e ACS no ano de 2012	173
Figura 16	- <i>Boxplot</i> para escore do atributo acesso de acordo com o sujeito de pesquisa do município de Teófilo Otoni	174
Figura 17	- <i>Boxplot</i> para escore do atributo atendimento continuado de acordo com o sujeito de pesquisa do município de Teófilo Otoni	175
Figura 18	- <i>Boxplot</i> para escore do atributo orientação comunitária de acordo com o sujeito de pesquisa do município de Teófilo Otoni	175
Figura 19	- Descrição da avaliação dos escores essencial, derivado e geral na atenção à hanseníase em Governador Valadares, 2012	196
Figura 20	- Comparação da avaliação dos escores médios dos atributos da APS do município de Governador Valadares na atenção à hanseníase segundo a experiência dos gestores, profissionais, ACS e usuários no ano de 2012	197
Figura 21	- Escore geral do desempenho da APS na atenção à hanseníase nos municípios do estudo segundo os profissionais médicos e enfermeiros	206
Figura 22	- Escore essencial do desempenho da APS na atenção à hanseníase nos municípios do estudo segundo os profissionais médicos e enfermeiros	208
Figura 23	- Escore derivado do desempenho da APS na atenção à hanseníase nos municípios do estudo segundo os profissionais médicos e enfermeiros	210
Quadro 1	- Descrição das ações de controle da hanseníase desempenhadas nos serviços de atenção integral em hanseníase	34

Quadro 2	- Atribuições dos profissionais da APS do Estado de Minas Gerais na realização das ações de controle da hanseníase	39
Quadro 3	- Indicadores epidemiológicos e operacionais propostos pelo PNCH para a avaliação das ações de controle da hanseníase	52
Quadro 4	- Construtos do “Instrumento de avaliação do desempenho da atenção primária nas ações de controle da hanseníase”	60
Quadro 5	- Características do cenário de estudo no ano de 2011	70
Quadro 6	- Constituição da APS nos municípios do estudo no ano de 2012	70
Quadro 7	- Período de coleta de dados da pesquisa	71
Quadro 8	- Itens que tiveram inversão dos valores da resposta em cada versão do instrumento	74
Quadro 9	- Itens considerados não essenciais para serem mantidos no instrumento segundo o primeiro painel de especialistas	87
Quadro 10	- Itens sugeridos para serem incluídos no instrumento segundo o primeiro painel de especialistas	88
Quadro 11	- Avaliação dos itens do instrumento quanto à clareza e compreensão segundo o primeiro painel de especialistas	89
Quadro 12	- Adequação dos itens do instrumento de acordo com os domínios dos atributos da APS	91
Quadro 13	- Itens excluídos do instrumento após o segundo painel de especialistas	94
Quadro 14	- Itens incluídos no instrumento após o segundo painel de especialistas	97
Quadro 15	- Itens excluídos das versões do instrumento após o pré-teste no município de Betim	101
Quadro 16	- Itens incluídos nas versões do instrumento após o estudo piloto	108
Quadro 17	- Alterações semânticas nas versões finais do instrumento destinada aos Profissionais, Gestores e Usuários	132
Quadro 18	- Síntese do diário de campo de Almenara. Informante-chave: Gestores	138
Quadro 19	- Síntese do diário de campo de Almenara. Informante-chave: Profissionais	141
Quadro 20	- Síntese do diário de campo de Almenara. Informante-chave: ACS	144
Quadro 21	- Síntese do diário de campo de Teófilo Otoni. Informante-chave: Gestores	161
Quadro 22	- Síntese do diário de campo de Teófilo Otoni. Informante-chave: Profissionais	165
Quadro 23	- Síntese do diário de campo de Teófilo Otoni. Informante-chave: ACS	168
Quadro 24	- Síntese do diário de campo de Governador Valadares. Informante-chave: Profissionais	189
Quadro 25	- Síntese do diário de campo de Governador Valadares. Informante-chave: ACS	192

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	- Número de itens da primeira versão do instrumento	62
Tabela 2	- Número de itens da 2ª versão do instrumento	64
Tabela 3	- Número de itens da versão do instrumento destinada ao Agente Comunitário de Saúde	66
Tabela 4	- Número de itens da versão do instrumento obtida após o estudo piloto	68
Tabela 5	- Amostra da pesquisa estratificada por município. Almenara, Teófilo Otoni, Governador Valadares, 2012	72
Tabela 6	- Número perdas de participantes na pesquisa estratificada por município. Almenara, Teófilo Otoni, Governador Valadares, 2012	72
Tabela 7	- Itens validados do “Instrumento de avaliação do desempenho da atenção primária nas ações de controle da hanseníase” nas versões gestores, médicos/enfermeiros, ACS e usuários	78
Tabela 8	- Caracterização dos juízes que realizaram a validação de face e conteúdo do instrumento	86
Tabela 9	- Caracterização dos participantes do pré-teste do “Instrumento de avaliação do desempenho da atenção primária nas ações de controle da hanseníase”, Betim, 2012.	99
Tabela 10	- Descrição da amostra dos ACS estratificada por município. Almenara, Teófilo Otoni e Governador Valadares, 2012	109
Tabela 11	- Distribuição da variância explicada segundo os fatores do instrumento versão ACS	110
Tabela 12	- Análise de Componentes Principais do instrumento versão ACS para oito fatores	111
Tabela 13	- Resultados da análise de confiabilidade e fidedignidade dos atributos do instrumento versão ACS	114
Tabela 14	- Descrição da amostra dos médicos e enfermeiros estratificada por município. Almenara, Teófilo Otoni e Governador Valadares, 2012	116
Tabela 15	- Análise de Componentes Principais do instrumento versão profissionais médicos e enfermeiros para oito fatores	117
Tabela 16	- Resultados da confiabilidade e fidedignidade dos atributos do instrumento versão profissionais	122
Tabela 17	- Descrição da amostra dos usuários do serviço de hanseníase estratificada por município. Almenara e Governador Valadares, 2012	124
Tabela 18	- Análise de Componentes Principais do instrumento versão usuários para oito fatores	125
Tabela 19	- Avaliação da estabilidade teste-reteste dos atributos da APS que compõem a versão final do instrumento usuários	129
Tabela 20	- Descrição da amostra dos gestores estratificada por município. Almenara, Teófilo Otoni e Governador Valadares, 2012	130
Tabela 21	- Resultados da análise de confiabilidade e fidedignidade dos atributos do instrumento versão gestores	131
Tabela 22	- Descrição dos Escores Geral, Essencial, Derivado e por Atributos de orientação da APS para a realização das ações de controle da hanseníase segundo a experiência dos gestores. Almenara, 2012	136
Tabela 23	- Descrição dos Escores Geral, Essencial, Derivado e por Atributos de orientação da APS para a realização das ações de controle da hanseníase segundo a experiência dos profissionais médicos e enfermeiros, estratificados pela presença e ausência do manejo de caso na unidade de	140

APS. Almenara, 2012.

Tabela 24	- Descrição dos Escores Geral, Essencial, Derivado e por Atributos de orientação da APS para a realização das ações de controle da hanseníase segundo a experiência dos agentes comunitários de saúde, estratificados pela presença e ausência de hanseníase na microárea de atuação. Almenara, 2012.	143
Tabela 25	- Descrição dos Escores Geral, Essencial, Derivado e por Atributos de orientação da APS para a realização das ações de controle da hanseníase segundo a experiência dos usuários. Almenara, 2012	145
Tabela 26	- Descrição dos Escores Geral, Essencial, Derivado e por Atributos de orientação da APS para a realização das ações de controle da hanseníase segundo a experiência dos gestores. Teófilo Otoni, 2012.	160
Tabela 27	- Descrição dos Escores Geral, Essencial, Derivado e por Atributos de orientação da APS para a realização das ações de controle da hanseníase segundo a experiência dos profissionais médicos e enfermeiros, estratificados pela presença e ausência do manejo de caso na unidade de APS. Teófilo Otoni, 2012	163
Tabela 28	- Descrição dos Escores Geral, Essencial, Derivado e por Atributos de orientação da APS para a realização das ações de controle da hanseníase segundo a experiência dos agentes comunitários de saúde, estratificados pela presença e ausência de caso de hanseníase na microárea de atuação. Teófilo Otoni, 2012.	167
Tabela 29	- Descrição dos Escores Geral, Essencial, Derivado e por Atributos de orientação da APS para a realização das ações de controle da hanseníase segundo a experiência dos gestores. Governador Valadares, 2012	185
Tabela 30	- Descrição dos Escores Geral, Essencial, Derivado e por Atributos de orientação da APS para a realização das ações de controle da hanseníase segundo a experiência dos profissionais médicos e enfermeiros, estratificados pela presença e ausência do manejo de caso na unidade de APS. Governador Valadares, 2012.	188
Tabela 31	- Descrição dos Escores Geral, Essencial, Derivado e por Atributos de orientação da APS para a realização das ações de controle da hanseníase segundo a experiência dos agentes comunitários de saúde, estratificados pela presença e ausência de caso de hanseníase na microárea de atuação. Governador Valadares, 2012.	191
Tabela 32	- Descrição dos Escores Geral, Essencial, Derivado e por Atributos de orientação da APS para a realização das ações de controle da hanseníase segundo a experiência dos usuários. Governador Valadares, 2012	194
Tabela 33	- Análise descritiva do escore geral do desempenho da APS na atenção à hanseníase segundo a experiência dos médicos e enfermeiros. Almenara, Teófilo Otoni e Governador Valadares, 2012.	206
Tabela 34	- Análise descritiva do escore essencial do desempenho da APS na atenção à hanseníase segundo a experiência dos médicos e enfermeiros. Almenara, Teófilo Otoni e Governador Valadares, 2012.	207
Tabela 35	- Análise descritiva do escore derivado do desempenho da APS na atenção à hanseníase segundo a experiência dos médicos e enfermeiros. Almenara, Teófilo Otoni e Governador Valadares, 2012.	209

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACH	- Ações de Controle da Hanseníase
ACS	- Agente Comunitário de Saúde
AFE	- Análise Fatorial Exploratória
APS	- Atenção Primária à Saúde
AMAQ	- Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
AMQ	- Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família
COEP	- Comitê de Ética em Pesquisa
CREDEN-PES	- Centro de Referência em Doenças Endêmicas e Programas Especiais
EACS	- Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
ESF	- Estratégia de Saúde da Família
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICC	- Coeficiente de Correlação Intraclasse
KMO	- <i>Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy</i>
MS	- Ministério da Saúde
NOAS-SUS	- Norma Operacional da Assistência à Saúde
ONG	- Organizações Não-Governamentais
OMS	- Organização Mundial de Saúde
OPAS	- Organização Pan-Americana de Saúde
PAVS	- Ações Prioritárias da Programação das Ações de Vigilância em Saúde
PAHO	- <i>Pan American Health Organization</i>
PCAT	- <i>Primary Care Assessment Tool</i>
PCATool-Brasil	- <i>Primary Care Assessment Tool-Brasil</i>
PMAQ	- Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNCH	- Programa Nacional de Controle da Hanseníase
PQT	- Poliquimioterapia
RAS	- Redes de Atenção a Saúde
SES/MG	- Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais
SIAB	- Sistema de Informação da Atenção Básica
SINAN	- Sistema de Informações de Agravos de Notificação
SPSS	- <i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SSA2	- Situação de saúde e acompanhamento das famílias na área/equipe
SUS	- Sistema Único de Saúde
SVS	- Secretaria de Vigilância em Saúde
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	19
1.1 Objetivos	23
1.1.1 Objetivo Geral	23
1.1.2 Objetivos Específicos	23
2 REFERENCIAL TEÓRICO	25
2.1 Integração das Ações de Controle da Hanseníase na Atenção Primária à Saúde: breve histórico das políticas de saúde	25
2.2 Os Atributos da APS e a Atenção à Hanseníase	35
2.3 Instrumentos de Avaliação da Qualidade da APS	45
2.4 Instrumentos de Avaliação do Programa de Controle da Hanseníase	50
3 MÉTODOS	57
3.1 Tipo de estudo	57
3.2 Estudo Metodológico – primeira etapa da pesquisa	58
3.2.1 Construção do instrumento	58
3.2.2 Validação de face e conteúdo do instrumento	62
3.2.3 Pré-teste do instrumento	64
3.2.4 Validação de construto, confiabilidade e fidedignidade	68
3.2.4.1 Cenário de estudo e período de coleta de dados	69
3.2.4.2 Participantes do estudo e Amostra	71
3.2.4.3 Instrumentos de coleta de dados	72
3.2.4.4 Procedimentos de coleta de dados	73
3.2.4.5 Tratamento e análise dos dados	74
3.2.4.5.1 Análise estatística – Validação de construto: Análise Fatorial Exploratória	74
3.2.4.5.2 Análise estatística – Análise da Consistência Interna: Alfa de Cronbach	76
3.2.4.5.3 Análise estatística – Confiabilidade teste-reteste	76
3.3 Pesquisa avaliativa – segunda etapa do estudo	77
3.4 Aspectos éticos	82
3.5 Financiamento	82
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	84
4.1 Estudo metodológico de construção e validação do “Instrumento de avaliação do desempenho da atenção primária nas ações de controle da hanseníase”	86
4.1.1 Validação de face e conteúdo do instrumento	86
4.1.2 Pré-teste do instrumento	98

4.1.3	Validação de construto, análise da confiabilidade e fidedignidade do instrumento versão ACS	109
4.1.4	Validação de construto, análise da confiabilidade e fidedignidade do instrumento versão profissionais médicos e enfermeiros	116
4.1.5	Validação de construto e análise da fidedignidade do instrumento versão usuários	123
4.1.6	Validação de construto e análise da fidedignidade do instrumento versão gestores	130
4.1.7	Alterações semânticas das versões do “Instrumento de avaliação do desempenho da atenção primária nas ações de controle da hanseníase” validadas em espelho	132
4.2	Pesquisa Avaliativa	135
4.2.1	Resultados e discussão da avaliação dos atributos da APS na atenção à hanseníase no município de Almenara, Minas Gerais	136
4.2.1.1	Resultados	136
4.2.1.2	Discussão	151
4.2.2	Resultados e discussão da avaliação dos atributos da APS na atenção à hanseníase no município de Teófilo Otoni, Minas Gerais	159
4.2.2.1	Resultados	159
4.2.2.2	Discussão	176
4.2.3	Resultados e discussão da avaliação dos atributos da APS na atenção à hanseníase no município de Governador Valadares, Minas Gerais	184
4.2.3.1	Resultados	184
4.2.3.2	Discussão	199
4.2.4	Comparação do desempenho da APS na atenção à hanseníase entre os cenários da pesquisa	205
4.2.4.1	Resultados	205
4.2.4.2	Discussão	212
4.3	Limitações do estudo	224
5	CONCLUSÕES	227
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	231
	APÊNDICES	243
	ANEXOS	306



Introdução

1 INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa, de evolução lenta, causada pelo *Mycobacterium leprae*, que se manifesta principalmente por sinais e sintomas dermatoneurológicos e acomete, principalmente, as populações que vivem em condições precárias de vida (BRASIL, 2008a).

As estatísticas da Organização Mundial de Saúde mostram que no ano de 2012 foram notificados 232.857 casos novos de hanseníase em 115 países - o que corresponde a uma taxa de detecção de 4 casos por 100.000 habitantes, sendo que a região das Américas foi responsável por 16% dessas notificações (36.178) (WHO, 2013).

No quadro sanitário brasileiro, a hanseníase ainda permanece como um desafio na saúde pública devido à manutenção da alta taxa de detecção - apesar da tendência de redução do número absoluto de casos novos diagnosticados - e do diagnóstico de casos com incapacidades físicas, o que justifica a necessidade dos municípios ampliarem e fortalecerem as ações de enfrentamento à doença. Em 2012, foram diagnosticados 33.303 casos novos de hanseníase, sendo 63% de casos multibacilares e 6,7% diagnosticados com grau 2 de incapacidade física (WHO, 2013). Um estudo de geoprocessamento dos casos notificados no País entre 2007 e 2009 delimitou a existência de 26 *clusters* correspondentes às áreas de maior risco, sendo que o *cluster* seis engloba 138 municípios dos estados da Bahia, Espírito Santo e Minas Gerais (BRASIL, 2010a).

A principal estratégia brasileira para alcançar baixos níveis endêmicos da hanseníase baseia-se na organização de uma rede de atenção com a integração das ações de controle - detecção oportuna de novos casos; tratamento com o esquema poliquimioterápico; prevenção de incapacidades e vigilância dos contatos domiciliares - nos serviços da atenção primária à saúde (APS) e a manutenção da atenção especializada nos níveis secundário e terciário em razão do potencial incapacitante da doença (BRASIL, 2010b).

A integração das ações de controle da hanseníase (ACH) na APS é preconizada pelo Ministério da Saúde (MS) desde a implantação das Equipes de Agentes Comunitários de Saúde (1991) e da Estratégia de Saúde da Família (1994). No entanto, a integração da atenção à hanseníase ganhou destaque nos serviços de saúde brasileiros após o ano 2000 e os dados epidemiológicos mostraram o impacto da melhoria do acesso às ACH na APS com o aumento progressivo da taxa de detecção de casos novos, atingindo um pico em 2003 (PENNA; GROSSI; PENNA, 2013; PENNA *et al.*, 2008).

A publicação da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS) 01/2001 (BRASIL, 2001) foi essencial para a garantia da universalidade e da descentralização da assistência à saúde, regulamentou e ampliou as responsabilidades dos municípios para o acesso da população com equidade a todos os serviços de saúde em todos os níveis de atenção, e na APS, definiu a eliminação da hanseníase como uma das áreas estratégicas de atuação dos serviços de saúde (BRASIL, 2007a). Mais recentemente, as publicações das portarias nº 3.125 (BRASIL, 2010b) e nº 594 (BRASIL, 2010c) no ano de 2010 reafirmam o papel desejado da APS no controle da doença, com o suporte da atenção secundária e terciária, para reduzir os níveis endêmicos da doença e garantir a qualidade da assistência.

No entanto, estudos evidenciam que os municípios brasileiros ainda enfrentam dificuldades na integração das ações de controle da hanseníase (ACH) na APS tanto no âmbito individual, devido à ausência de profissionais capacitados para realizarem o diagnóstico e tratamento, bem como no âmbito coletivo, com a realização de ações pontuais para a educação para a comunidade, busca dos contatos e vigilância epidemiológica (LANZA, 2009; FUZIKAWA *et al.*, 2010; ARANTES *et al.*, 2010; LANZA; LANA, 2011).

Estudo realizado por Penna, Grossi e Penna (2013) mostrou que no Brasil, no ano de 2010, 74% dos usuários notificados com hanseníase realizaram tratamento com poliquimioterapia em unidades da atenção primária, 14% em ambulatórios de referência para a doença e 12% em hospitais; dados que apontam que ainda há uma concentração de casos realizando acompanhamento da hanseníase em unidades de atenção secundária e terciária.

Na microrregião de Almenara, que possui 14 municípios (dos 16) pertencentes ao *cluster* 6 da hanseníase, as ACH ofertadas pela APS são influenciadas pelo nível de organização tecnológica desses serviços, pela priorização deste agravo na política municipal de saúde, pelo comprometimento dos gestores, pela presença de profissionais de saúde capacitados e empenhados na realização das ações de controle da doença, pela disponibilização de instrumentos para a realização do exame dermato-neurológico, pelo oferecimento do exame baciloscópico e pela disponibilização de recursos para a divulgação dos sinais e sintomas da hanseníase para a população (LANZA, 2009). No entanto, são necessários esforços para enfrentar os desafios operacionais do programa de controle da hanseníase e assim viabilizar a prestação de serviços de qualidade (OMS, 2010).

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012a), a atenção primária é responsável pelo manejo das necessidades de saúde de maior frequência e relevância no território, realizando ações de promoção da saúde, proteção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação no âmbito individual e coletivo. É uma forma de

organização dos serviços de saúde que responde com valores¹, princípios² e elementos próprios³ a um modelo assistencial, por meio da qual se busca integrar todos os aspectos desses serviços, tendo como perspectiva as necessidades em saúde da população (BRASIL, 2007b). Esse enfoque está em consonância com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e responde operacionalmente como o primeiro nível de assistência (BRASIL, 2007c), caracterizando-se principalmente pela longitudinalidade e integralidade da atenção, coordenação do cuidado, orientação familiar e comunitária e competência cultural (BRASIL, 2010d).

Com a integração das ACH nos serviços de atenção primária, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) deve estar organizada para oferecer as ações de controle da doença de acordo com os atributos da APS, não só em relação ao acesso ao diagnóstico/tratamento e orientação para a comunidade, mas também devem estar intimamente relacionadas com as demais dimensões da APS como porta de entrada, atendimento continuado, integralidade dos serviços, coordenação e enfoque na família.

Por isso, a garantia da qualidade da assistência apresenta-se atualmente como um dos principais desafios do SUS. Frente a essa discussão e considerando o processo de consolidação da ESF no cenário brasileiro, o MS validou, em 2010, uma metodologia de avaliação da APS⁴, internacionalmente utilizada⁵, que apontam fortalezas e debilidades do modelo proposto para a APS no Brasil (BRASIL, 2010d). Uma versão adaptada do *Primary Care Assessment Tool* foi aplicada no município de Petrópolis/RJ e os resultados demonstraram que o instrumento fornece “informações práticas e objetivas sobre o alcance das dimensões essenciais dos serviços de atenção básica e os problemas que devem ser enfrentados para a melhora da organização e do desempenho desse nível de atenção no município” (OPAS; MS, 2006; p. 139).

Considerando que a hanseníase ainda é um desafio em saúde pública no território brasileiro, devido às altas taxas de detecção – com a existência de 26 *clusters* – e que a APS possui um papel de extrema importância para o controle da doença, a pergunta central deste

¹ Universalidade, equidade, integralidade, participação e controle social.

² Territorialização, intersetorialidade, caráter substitutivo (baseado na pessoa e não na doença), equipes multiprofissionais, baseado nas necessidades e expectativas das populações e voltado para a qualidade.

³ Elementos essenciais da APS (primeiro contato, integralidade, longitudinalidade e coordenação) e elementos derivados (enfoque na pessoa e na família, valorização dos aspectos culturais e orientação para a comunidade).

⁴ Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde – *Primary Care Assessment Tool* - PCATool-Brasil (BRASIL, 2010d).

⁵ A metodologia foi elaborada a partir da adaptação de instrumentos componentes do *Primary Care Assessment Tool* (PCAT), formulados e validados para avaliar os atributos essenciais e derivados da atenção primária à saúde em países industrializados, como EUA e Canadá, desenvolvidos na Universidade de Johns Hopkins por Starfield e colaboradores (BRASIL, 2010d).

estudo é: *Como está a orientação dos atributos da atenção primária na realização das ações de controle da hanseníase em municípios mineiros do cluster 6?*

Para responder a essa pergunta, torna-se necessário a utilização de instrumentos que permitam avaliar o alcance dos atributos da APS na atenção à hanseníase. Para isso, esta pesquisa propõe uma metodologia de avaliação baseada nos pressupostos dos atributos da APS e das ações de controle da hanseníase que são preconizadas pelo MS para serem desempenhadas na APS. Com a avaliação das propriedades psicométricas dessa nova metodologia, espera-se que o instrumento seja utilizado por gestores e profissionais de saúde na avaliação e monitoramento da atenção à hanseníase na APS, bem como em pesquisas acadêmicas.

A nossa hipótese de trabalho para essa pesquisa é que há iniquidades no grau de orientação dos serviços da APS na realização das ações de controle da hanseníase entre os municípios de Almenara, Teófilo Otoni e Governador Valadares.

Acredita-se que os resultados dessa pesquisa permitirão identificar os atributos da APS que possuem fragilidades na atenção à hanseníase para assim orientar a reorganização dos serviços de saúde para fortalecer a atuação na APS no controle desse agravo e qualificar a atenção prestada aos usuários deste nível do serviço.

Para Pisco (2006), a avaliação não compreende apenas a identificação de problemas ou o diagnóstico de uma determinada situação, mas, com base no que foi avaliado, deseja mudar a realidade, procurando seu aperfeiçoamento. Caracteriza-se como um poderoso instrumento de mudança, sendo seu maior objetivo identificar, analisar e corrigir situações potencialmente passíveis de melhoria.

Diante dos aspectos citados e compreendendo a relevância da avaliação como uma ferramenta de aprimoramento do SUS, essa investigação parte da necessidade de avaliar o desempenho dos serviços da atenção primária à saúde na atenção à hanseníase em municípios do Estado de Minas Gerais pertencentes ao *cluster 6*.

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo geral

Avaliar o desempenho de municípios endêmicos do Estado de Minas Gerais na atenção à hanseníase por meio de uma metodologia de avaliação do grau de orientação dos serviços da atenção primária à saúde na realização das ações de controle da hanseníase.

1.1.2 Objetivos específicos

- a. Elaborar uma metodologia de avaliação do grau de orientação dos serviços da atenção primária à saúde na realização das ações de controle da hanseníase;
- b. Determinar a validade de face, conteúdo, construto e a confiabilidade do Instrumento de avaliação do desempenho da atenção primária nas ações de controle da hanseníase;
- c. Avaliar em que medida os atributos da atenção primária à saúde (porta de entrada, acesso, atendimento continuado, integralidade dos serviços, coordenação, orientação familiar, orientação comunitária e orientação profissional) são alcançados na atenção à hanseníase nos municípios de Almenara, Teófilo Otoni e Governador Valadares;
- d. Comparar, em cada cenário, os indicadores de orientação da APS e os escores dos atributos na realização das ações de controle da hanseníase entre cada informante-chave e entre os profissionais (médicos/enfermeiros e agentes comunitários de saúde) que atenderam e não atenderam usuário de hanseníase no serviço de saúde;
- e. Comparar os indicadores de orientação da APS na realização das ações de controle da hanseníase entre os municípios do estudo.



Referencial teórico

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Integração das Ações de Controle da Hanseníase na Atenção Primária à Saúde: breve histórico das políticas de saúde

As responsabilidades dos governos em oferecer a integração das atividades de prevenção, controle e tratamento das doenças infecciosas nos serviços de Atenção Primária à Saúde iniciaram a partir da Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde de Alma Ata, em 1978 (PORTER *et al.*, 2002). A Declaração de Alma Ata preconizou “Saúde para Todos no ano 2000” e a “Estratégia de Atenção Primária de Saúde⁶” e enfatizou a importância da atenção primária para melhoria das condições de saúde da população ao ampliar a visão do cuidado da saúde em sua dimensão intersetorial, compreendendo as áreas

da educação sobre os principais problemas de saúde e sobre os métodos de prevenção e de luta correspondentes; a promoção da aptação de alimentos e de uma nutrição apropriada; um abastecimento adequado de água potável e saneamento básico; a assistência materno-infantil, com inclusão da planificação familiar; a imunização contra as principais enfermidades infecciosas; a **prevenção e luta contra enfermidades endêmicas locais**; o tratamento apropriado das enfermidades e traumatismos comuns e a disponibilidade de medicamentos essenciais (BRASIL, 2002a, p. 10, grifo nosso).

Essa Conferência estimulou a Organização Mundial de Saúde (OMS) a incorporar elementos preconizados na Declaração de Alma Ata e isso levou, em 1984, à publicação do manual sobre a promoção da saúde. Os discursos da OMS sobre a promoção e os movimentos mundiais para uma nova Saúde Pública resultaram na realização da 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em 1986. A Carta de Ottawa ressalta que para promover a saúde é necessário um conjunto de cinco estratégias: o desenvolvimento de políticas públicas saudáveis, a criação de ambiente sustentável, o

⁶ A atenção primária à saúde foi definida, em Alma Ata, como: “atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde” (WHO, 1978 *apud* STARFIELD, 2002).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Primary Health Care*. Geneva: WHO, 1978.

fortalecimento da participação comunitária, o desenvolvimento de habilidades individuais e a reorientação dos serviços de saúde (BRASIL, 2002a; SOUZA; GRUNDY, 2004).

A Carta de Ottawa teve um papel primordial ao reafirmar os preceitos da Declaração de Alma Ata em prol do fortalecimento da Atenção Primária à Saúde. Esses movimentos da década de 70 e 80 foram responsáveis pela orientação aos governantes sobre a necessidade de realizar a mudança do programa vertical de atenção à hanseníase para um serviço descentralizado de controle da doença. Esse processo é definido como integração das atividades de hanseníase nos serviços de saúde (PORTER *et al.*, 2002; RAO *et al.*, 2002; SOUTAR, 2002).

Essa política de reorganização da atenção à hanseníase através da descentralização das atividades de prevenção e controle da doença foi fortalecida em maio de 1991, durante a 44ª Conferência Mundial de Saúde, que tornou a estratégia principal para alcançar a meta de eliminação da doença como problema de Saúde Pública até o ano de 2000 (ANDRADE, 2000; BYAMUNGU; OGBEIWI, 2003). Esse conceito de eliminação foi desenvolvido a partir do sucesso alcançado pelo tratamento poliquimioterápico introduzido pela OMS em 1982. Assim, através da descentralização da atenção à hanseníase, a OMS partiu do pressuposto que a eliminação seria alcançada a partir do avanço do acesso dos pacientes ao tratamento poliquimioterápico e do aumento da cobertura geográfica da poliquimioterapia (PQT) (FEENSTRA; VISSCHEDIJK, 2002; RICHARDUS; HABBEMA, 2007).

O Brasil, juntamente com outros países considerados endêmicos, foi signatário dessa proposta, comprometendo-se a reduzir a taxa de prevalência dessa doença para menos de 1 caso por 10.000 habitantes, dentro do prazo estabelecido (WHO, 2002). A partir de 1995, inúmeros países endêmicos em hanseníase promoveram, com o apoio da OMS e de Organizações Não-Governamentais (ONG), as Campanhas de Eliminação da Hanseníase com o objetivo de detectar os casos da doença e tratá-los imediatamente com a PQT, principalmente nas áreas que havia muitos casos ocultos e nas comunidades onde os serviços de hanseníase eram inadequados (WHO, 2004). Essas campanhas proporcionavam o envolvimento dos serviços de saúde nas atividades de prevenção e controle da doença e tinham como objetivos o treinamento dos profissionais de saúde; educação da comunidade para estimular a detecção através de métodos passivos e remover as percepções negativas sobre a doença e tratamento de todos os casos diagnosticados com o esquema poliquimioterápico (FEENSTRA, 2000; WHO, 2003; WHO, 2004).

Após o sucesso das campanhas e principalmente através da implementação da PQT nos serviços de saúde, a prevalência da hanseníase começou a diminuir devido à redução do

tempo de tratamento (FEENSTRA, 2000). No Brasil, a PQT foi oficialmente implantada a partir de 1991 e, desse ano até 2009, apresentou uma redução considerável da prevalência, passando de 17,1 para 2,19 casos por 10.000 habitantes (NOGUEIRA; MARZLIAK, 1997; BRASIL, 2010a).

A redução expressiva do número de pacientes de hanseníase em tratamento foi um dos motivos que, mundialmente, tornaram os serviços verticais de hanseníase relativamente caros e com atuação limitada, ao considerar que os serviços descentralizados são mais apropriados para fortalecer a política de controle da doença ao oferecer fácil acesso ao diagnóstico e tratamento. Outro aspecto importante é que os serviços descentralizados realizam, continuamente, a divulgação dos sinais e sintomas da hanseníase para a comunidade, atividade a qual é considerada essencial para a redução do estigma social e para a detecção precoce de casos através da demanda espontânea. Desde então, a mudança da atenção da hanseníase dos serviços verticais para os serviços descentralizados tornou-se estratégia de diversos governos (OMS, 2005).

No Brasil, a estratégia inicial para a integração da hanseníase na APS ocorreu em 1991, por meio da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) e, a partir de 1994, através do Programa de Saúde da Família (PSF), programas que priorizam as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos de forma integral e contínua. Segundo o MS (BRASIL, 1999, p. 6):

A implantação de ações de controle da hanseníase em todas as unidades de saúde da rede básica hoje se apresenta como uma das soluções para o alcance da meta de eliminação. Esta implantação tem custo muito reduzido, pois não necessita de alta complexidade e os medicamentos e imunobiológicos são fornecidos pelo governo, sendo de responsabilidade dos municípios, assessorados pelos Estados, o planejamento, execução e avaliação das ações de controle, conduzindo a uma nova realidade na qual os municípios assumam efetivamente a gerência do controle da hanseníase, a seu nível.

Nesse contexto, o Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH) lança o Plano de Eliminação com o objetivo de alcançar a meta de eliminação da doença como problema de saúde pública no Brasil até o ano de 2000. Nesse plano foi proposto: diagnosticar e tratar com PQT todos os casos novos esperados; diagnosticar precocemente a hanseníase de maneira que 90% dos casos novos sejam diagnosticados antes do aparecimento de deformidades físicas; dar alta por cura a 80% dos casos que iniciaram o tratamento e reduzir em 15% a 20% ao ano a taxa de prevalência (ANDRADE, 2000).

Apesar dos esforços de todas as esferas do governo, o Brasil não alcançou a meta de eliminação da doença no ano 2000, principalmente devido a problemas operacionais como a

presença de uma estrutura centralizada do programa de hanseníase e da fraca descentralização das atividades de prevenção e controle da doença para as unidades da Atenção Primária à Saúde (WHO, 2004). O Brasil, juntamente com 23 países que não alcançaram a meta de eliminação no ano 2000, comprometeu-se novamente a eliminar a hanseníase como problema de saúde pública até o ano de 2005 (LOCKWOOD; SUNEETHA, 2005; OPAS, 2000).

A OMS então lançou a “Estratégia do Esforço Final para a Eliminação da Hanseníase - Plano Estratégico 2000-2005” com as seguintes propostas: expandir os serviços de PQT, aumentar a cobertura do diagnóstico de hanseníase, prover treinamento para os profissionais de saúde para diagnosticar e tratar a doença, promover ações de educação da comunidade e estimular a população a dar seguimento ao tratamento (WHO, 2000).

O “Plano Estratégico para Eliminação da Hanseníase 2000-2005” mobilizou apoio para os países endêmicos e os incentivou a assumir o importante compromisso de garantir que os serviços de hanseníase estivessem disponíveis e fossem acessíveis a todas as pessoas afetadas pela doença no serviço de saúde mais próximo de suas residências. Neste período, os pontos principais das campanhas de hanseníase foram aumento de cobertura através de campanhas de massa e redução da prevalência global de casos em registro ativo (OMS, 2010).

Seguindo as recomendações da OMS, a Portaria n. 816 de 26 de julho de 2000 (BRASIL, 2000a) aprovou as diretrizes destinadas a orientar as medidas de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle de hanseníase em todos os níveis do SUS, principalmente na atenção primária para viabilizar a descentralização da assistência à hanseníase (BRASIL, 2000b). Para efetivar a inserção das ações de controle da hanseníase na APS, o MS publicou a Portaria n. 1.073 de 26 de setembro de 2000 (BRASIL, 2000c) para recomendar as medidas que facilitam a implantação e implementação do diagnóstico e tratamento dos doentes em unidades básicas de saúde (BRASIL, 2000b).

A publicação da Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/2001 (BRASIL, 2001), ampliou as responsabilidades dos municípios na APS e enfatizou a importância de qualificar e melhorar a resolutividade da atenção primária a partir da identificação de áreas estratégicas mínimas relacionadas a problemas de abrangência nacional, dentre elas, a eliminação da hanseníase. Assim, os municípios tiveram que incluir as atividades de suspeição diagnóstica, diagnóstico e tratamento da hanseníase na rotina de atendimento da atenção primária (BRASIL, 2007a).

Apesar de todos os esforços concentrados para atingir o objetivo da eliminação da hanseníase como um problema de saúde pública, houve a necessidade de fortalecer o desenvolvimento das ações de prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e controle da

hanseníase. A Portaria n. 586 de 6 de abril de 2004, instituiu, no âmbito SUS, um conjunto de ações e medidas coordenadas para a eliminação da hanseníase, a serem promovidas de forma compartilhada entre o MS e as Secretarias de Saúde dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal, tendo como principais objetivos (BRASIL, 2004):

1. Integrar as ações de eliminação da hanseníase - diagnóstico e tratamento - na APS, com o objetivo de promover o maior acesso das pessoas atingidas pela doença, em especial nos municípios endêmicos;
2. Desenvolver ações de promoção à saúde e vigilância epidemiológica, bem como de diagnóstico e acompanhamento, tratamento e reabilitação das pessoas atingidas pela doença;
3. Promover a organização, a regulação, o acompanhamento e a avaliação do conjunto de ações de saúde para a efetiva eliminação da hanseníase.

Apesar da integração das ações de controle da doença nas estratégias do EACS e ESF na conformidade do processo de reorganização da APS em curso no País ter permitido alto nível de acompanhamento dos portadores, aumento das taxas de cura, redução do abandono e tratamento das incapacidades físicas; o Brasil não alcançou a meta de eliminação da doença no ano de 2005. Os países que não cumpriram a meta em 2005 tiveram o prazo estendido até o ano de 2010. Por isso, a OMS publicou, em 2005, a “Estratégia global para aliviar a carga de hanseníase e manter as atividades de controle da hanseníase: período do plano 2006-2010” (OMS, 2005) com “o intuito principal de garantir a sustentabilidade do programa, reduzindo a dependência com relação à infraestrutura vertical e promovendo sua integração ao sistema geral de saúde” (OMS, 2010a, p. 1).

Os principais elementos dessa estratégia foram (OMS, 2005, p. 6):

1. Sustentar as atividades de controle da hanseníase em todos os países endêmicos;
2. Usar a detecção de casos como principal indicador para monitorar o progresso;
3. Controlar a hanseníase através da detecção oportuna de novos casos e seu tratamento com PQT;
4. Prover atenção de qualidade aos pacientes, que deve ser equitativamente distribuída, financeiramente exequível e facilmente acessível;
5. Assegurar diagnóstico de qualidade, gestão de casos, registro e notificação em todas as comunidades endêmicas;
6. Fortalecer os serviços rotineiros e de encaminhamento;
7. Desenvolver ferramentas e procedimentos baseados na atenção comunitária, integrados e localmente apropriados para a prevenção de incapacidades e para a provisão de serviços de reabilitação.

Destaca-se que a meta de eliminação da hanseníase com base no indicador de prevalência foi substituída no Brasil, em 2007, pela taxa de detecção de casos novos, que mede a força de morbidade, a magnitude e a tendência da endemia (MINAS GERAIS, 2007a).

Até o início de 2007, quando houve mudança de gestão do Ministério da Saúde, a meta de deter e reduzir a propagação da hanseníase era acompanhada tendo como indicador a prevalência de ponto conhecida. A prevalência conhecida é um indicador relacionado à qualidade da atividade de tratamento. (...) Os principais indicadores para acompanhamento da hanseníase, definidos pelo País desde 2007, foram: *i*) a taxa de detecção geral; *ii*) a taxa de detecção em menores de 15 anos, que reflete a transmissão recente; e *iii*) a proporção de casos diagnosticados com grau 2 de incapacidade, que reflete a precocidade do diagnóstico (BRASIL, 2010a, p.298-299).

Como estratégia para alcance da meta de eliminação até 2010, o MS elaborou o Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase em nível municipal, baseado no princípio de sustentabilidade proposto pela OMS, comprometendo-se a assegurar o compromisso político e recursos financeiros adequados para apoiar as ações de controle da doença como problema de saúde pública: disponibilizar na APS de todos os municípios que possuam pelo menos um caso de hanseníase nos últimos cinco anos as atividades de detecção precoce dos casos, tratamento poliquimioterápico, prevenção de incapacidades e vigilância de comunicantes (BRASIL, 2006a).

No entanto, a hanseníase manteve em transmissão ativa em todos os estados brasileiros, e um estudo sobre a distribuição espacial dos casos de hanseníase notificados no Brasil entre 2005 e 2009 realizado pelo PNCH delimitou a existência de *clusters* correspondentes às áreas de maior risco, apresentados na Figura 1 (BRASIL, 2010a).

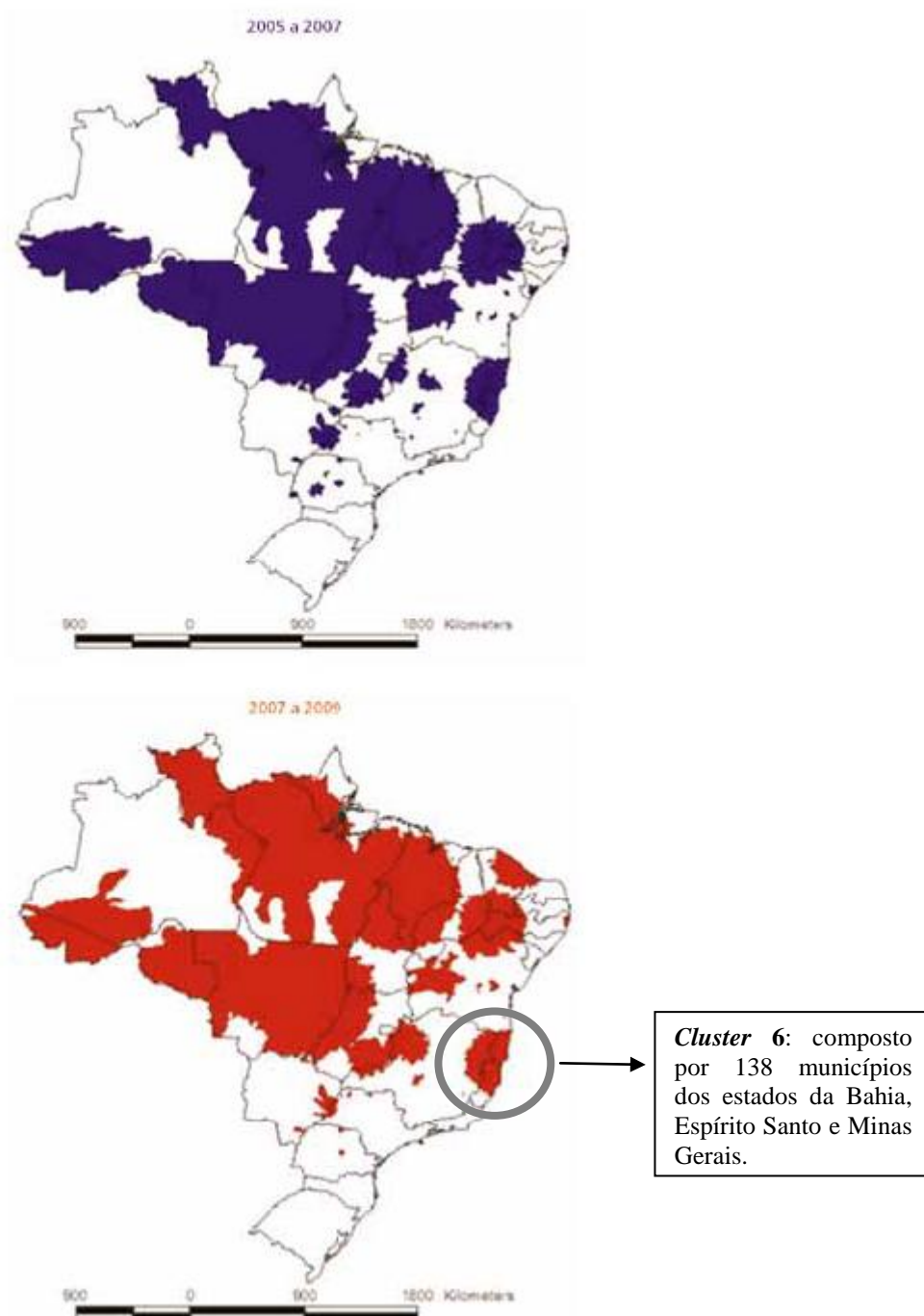


Figura 1- *Clusters* de alto risco de hanseníase, identificados por meio do coeficiente de detecção de casos novos e população – Brasil, 2005-2007 e 2007-2009.

Fonte: BRASIL, 2010a, p. 307.

A figura 1 mostra que os casos de hanseníase estão concentrados nas regiões Norte e Centro-Oeste, porém as regiões Sudeste e Sul apresentam áreas com alta detecção de casos. Os indicadores operacionais e epidemiológicos da hanseníase do ano de 2009 evidenciaram que os estados brasileiros ainda apresentam fragilidades no controle da hanseníase (BRASIL, 2010a):

1. Todos os estados realizaram menos de 80% de avaliação dos contatos domiciliares identificados, sendo nove destes em menos de 50%;
2. Os estados de Rondônia, Pará, Tocantins, Maranhão, Piauí, Pernambuco e Mato Grosso apresentaram a taxa de detecção em menores de 15 anos maior do que dez casos por 100 mil;
3. Seis unidades da Federação apresentam proporções superiores a 10% dos casos novos com grau 2 de incapacidade: Distrito Federal, Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Norte, Amapá e São Paulo;
4. Todos os estados apresentaram mais de 40% de casos diagnosticados com formas multibacilares da doença.

Considerando a necessidade de fortalecer a atenção primária na realização das ações de controle da endemia⁷ e em razão do potencial incapacitante da hanseníase deve-se garantir atenção especializada em unidades de referência de média e alta complexidade (BRASIL, 2009a), o MS publicou a Portaria Conjunta nº 125, de 26 de março de 2009, que define as ações de controle da hanseníase

para orientação aos gestores, gerentes e profissionais dos serviços de saúde de diferentes complexidades, de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), visando fortalecer as ações de vigilância epidemiológica da hanseníase, organização da rede de atenção integral e promoção da saúde com base na comunicação, educação e mobilização social (BRASIL, 2009a).

Para fortalecer as diretrizes do MS publicadas em 2009 para o controle da endemia no Brasil, a OMS divulgou, em 2010, a “Estratégia Global Aprimorada para Redução Adicional da Carga da Hanseníase: 2011-2015”, que enfoca a renovação do comprometimento político dos governos nacionais e municipais e a realização das seguintes atividades para redução da carga da doença (OMS, 2010a; OMS, 2010b):

1. Direcionar os esforços para a integração da hanseníase nos serviços gerais de saúde e fortalecer a atuação dos serviços de APS;

⁷ O modelo de intervenção para o controle da endemia é baseado no diagnóstico precoce, tratamento oportuno de todos os casos diagnosticados até a alta por cura, prevenção de incapacidades e na vigilância dos contatos domiciliares (BRASIL, 2009a).

2. Oferecer serviços de hanseníase de qualidade⁸, equitativamente distribuídos e de fácil acesso;
3. Capacitar os profissionais de saúde de todos os níveis de atenção para realizar o diagnóstico e o manejo da pessoa com hanseníase;
4. Estimular o compromisso profissional para controlar a hanseníase;
5. Ter uma rede eficaz de referência para a atenção dos casos complicados de hanseníase, como parte de um programa integrado;
6. Realizar a identificação precoce e o tratamento oportuno das reações hansênicas e neurites;
7. Aumentar a cobertura do exame dos contatos domiciliares;
8. Utilizar a **taxa de casos novos com grau 2 de incapacidade entre os casos novos, por 100.000 habitantes**, como indicador de monitoramento do progresso da epidemia.

Essa estratégia, que continua tendo como alicerce os princípios de controle da morbidade (diagnóstico precoce e tratamento oportuno com PQT), foi formulada como extensão das estratégias anteriores para enfrentar os desafios ainda presentes em vários países do mundo para reduzir a carga da doença e as consequências físicas, mentais e socioeconômicas que recaem em pessoas afetadas pela hanseníase e em suas famílias (OMS, 2010a).

Para alcançar baixos níveis endêmicos da hanseníase, o governo brasileiro vem trabalhando para assegurar que as atividades de controle da hanseníase estejam disponíveis e acessíveis a toda população nos serviços de saúde da APS (BRASIL, 2006b). As diretrizes para vigilância, atenção e controle da hanseníase no Brasil foram atualizadas com a publicação Portaria nº. 3.125 (BRASIL, 2010b)⁹ e a fim de reforçar a responsabilidade da Atenção Primária, em especial das Equipes de Saúde da Família, na identificação e tratamento dos casos de Hanseníase, bem como definir a atuação da rede de Atenção Integral em Hanseníase, publicou a Portaria nº. 594 (BRASIL, 2010c), que estabelece as ações mínimas que devem ser realizadas nos três níveis de atenção do Sistema Único de Saúde, conforme apresentado no Quadro 1.

⁸ A qualidade dos serviços de hanseníase é baseada no oferecimento do tratamento com a PQT em unidades de saúde próximas das residências das pessoas com hanseníase, sem obstáculos geográficos, econômicos e de gênero. Inclui o oferecimento do diagnóstico oportuno e preciso, tratamento gratuito, realização das ações de prevenção de incapacidades de forma adequada e encaminhamentos, se necessário, para tratamento das complicações e reabilitação (OMS, 2010b).

⁹ O Ministério da Saúde, em 7 de outubro de 2010, revogou a Portaria Conjunta nº. 125 de 26 de março de 2009.

Quadro 1 – Descrição das ações de controle da hanseníase desempenhadas nos serviços de atenção integral em hanseníase.

Atividades do Controle da Hanseníase	Serviços de Atenção Integral em Hanseníase		
	Atenção Primária	Atenção Secundária	Atenção Terciária
Ações educativas de promoção da saúde	X	X	X
Vigilância epidemiológica: identificação, acompanhamento dos casos, exame de contato e notificação ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN	X	X	X
Diagnóstico de casos de hanseníase	X	X	
Diagnóstico de casos de hanseníase na forma neural pura; das reações hansênicas e adversas aos medicamentos; das recidivas; e de outras intercorrências e sequelas		X	X
Coleta de raspado dérmico para baciloscopia		X	X
Avaliação neurológica simplificada e do grau de incapacidade	X	X	X
Exame dos contatos, orientação e apoio, mesmo que o paciente esteja sendo atendido em serviço da atenção secundária e terciária	X		
Tratamento com poliquimioterapia (PQT) padrão	X	X	X
Tratamento com esquemas substitutivos		X	X
Acompanhamento do paciente durante o tratamento da hanseníase e após a alta	X	X	
Prevenção de incapacidades, com técnicas simples e autocuidado apoiado pela equipe	X	X	X
Tratamento de incapacidades físicas		X	X
Internação, Atendimento pré e pós-operatório, Procedimentos cirúrgicos, Exames complementares laboratoriais e de imagem			X
Encaminhamento para outros profissionais ou serviços	X	X	X

Fonte: BRASIL, 2010c.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), as Redes de Atenção à Saúde (RAS) é uma estratégia de promoção do cuidado integral às necessidades de saúde da população e compete à APS (BRASIL, 2012a):

Ser o contato preferencial dos usuários e a principal porta de entrada no SUS;

1. Identificar os riscos, necessidades e demandas da saúde da população sob sua responsabilidade para ordenar a RAS e;
2. Ser a coordenadora do cuidado, ou seja, o centro de comunicação com toda a RAS. Deve atuar no acompanhamento e organização do fluxo dos pacientes na rede e realizar a gestão compartilhada do cuidado, responsabilizando-se por esse cuidado por meio de uma relação horizontal, contínua e integrada.

Para isso, é primordial que a APS “se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social” (BRASIL, 2012a, p. 9). Como o papel desejado da APS é que ela realize a produção das ações de saúde no âmbito individual e coletivo pautada nos princípios acima descritos, torna-se fundamental a discussão dos atributos da APS na atenção à hanseníase, agravo que representa um grande desafio nos municípios brasileiros para o seu controle.

2.2 Os Atributos da APS e a Atenção à Hanseníase

A APS no Brasil, que possui um papel essencial na reorientação do modelo assistencial e na consolidação das diretrizes do SUS, realiza ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde (BRASIL, 2012a; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013) fundamentada nos atributos essenciais e derivados da APS.

Como o Ministério da Saúde adotou a definição da atenção primária orientada pela presença dos atributos essenciais (atenção ao primeiro contato - acesso e utilização; longitudinalidade; integralidade da atenção e coordenação) e dos derivados (orientação familiar e comunitária e competência cultural) (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013), espera-se que a realização das ACH na APS esteja intimamente relacionada com esses atributos.

2.2.1 Atenção ao primeiro contato

Segundo a definição de Starfield (2002):

*A atenção ao primeiro contato implica acessibilidade e uso do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde. Independente do que um estabelecimento de saúde define ou percebe como acessibilidade, ele não oferece atenção ao primeiro contato a menos que os seus usuários em potencial percebam-na como acessível e isto se reflita na sua utilização. Portanto, a medição da atenção ao primeiro contato envolve a avaliação da acessibilidade (elemento estrutural) e da utilização (elemento processual) (STARFIELD, 2002, p. 61-62). A *acessibilidade* envolve a localização do estabelecimento próximo da população a qual atende, os horários e dias em que está aberto para atender, o grau de tolerância para consultas não-agendadas e o quanto a população percebe a conveniência destes aspectos da acessibilidade (STARFIELD, 2002, p. 60). A *utilização* refere-se à extensão e ao tipo de uso dos serviços de saúde. A razão para uma consulta pode ser a investigação da ocorrência de um novo problema, o acompanhamento de um problema antigo ou receber serviços preventivos. A utilização pode começar pelo paciente ou ser uma exigência ou orientação de um profissional de saúde, podendo ainda, ocorrer como resultado de alguma exigência administrativa (STARFIELD, 2002, p. 61).*

A atenção ao primeiro contato em relação à hanseníase está relacionada a:

1. Facilidade de acesso aos serviços de saúde, sem a presença de obstáculos geográficos, econômicos ou de gênero (OMS, 2010b);
2. Local preferencial para o primeiro contato do usuário com o serviço de saúde, evitando que os pacientes busquem atenção especializada antes de procurar o serviço de APS (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2008a);
3. Local preferencial para a realização do diagnóstico, tratamento, prevenção/tratamento das incapacidades físicas e vigilância dos contatos. Caso haja necessidade de atenção adicional, é realizado o encaminhamento para os serviços da atenção secundária e terciária (OMS, 2010a; BRASIL, 2010b);
4. Oferecimento das ações de hanseníase em todos os dias úteis nas unidades de saúde mais próximas da residência dos indivíduos (OMS, 2010b).

É importante discutir com o paciente as dificuldades que ele possui para comparecer no serviço de saúde, como distância, obstáculos geográficos e financeiros, bem como horário de funcionamento inconveniente, que podem afetar a regularidade do tratamento da hanseníase. A OMS recomenda aos países endêmicos que utilizem estratégias para ampliar a oferta das ACH para comunidades pouco assistidas e de difícil acesso geográfico (OMS, 2010a).

2.2.2 Longitudinalidade

Implica a existência de um local, um indivíduo ou uma equipe de indivíduos associados que sirva como fonte de atenção por um determinado período de tempo, independente da presença ou ausência de problemas específicos relacionados à saúde ou do tipo de problema. Ter atenção longitudinal significa que aqueles indivíduos na população identificam uma fonte de atenção como “sua”; que os prestadores ou grupos de prestadores reconhecem, pelo menos implicitamente, a existência de um contrato formal ou informal para ser a fonte habitual de atenção orientada para a pessoa (não para a doença); e que esta relação existe, por um período de tempo definido ou indefinido, até que seja explicitamente alterada (STARFIELD, 2002, p. 247-248). A relação entre a população e sua fonte de atenção deve se refletir em uma relação interpessoal intensa que expresse a confiança mútua entre os usuários e os profissionais de saúde (BRASIL, 2010d, p. 9)

Starfield (2002) ainda destaca que há diferença entre os termos longitudinalidade e continuidade da atenção, sendo este último empregado para referir-se ao oferecimento de uma atenção orientada para o manejo dos problemas, no qual o usuário, em um determinado período de tempo, procura atendimento com o mesmo profissional ou na mesma unidade de saúde. No caso do manejo de uma doença específica – hanseníase – o termo que deve ser utilizado é atendimento continuado. O primeiro atendimento, pautado no diálogo e respeito, é fundamental para estabelecer uma relação de confiança entre usuário e profissional (BRASIL, 2008a). Um bom relacionamento com os profissionais da unidade de saúde é fundamental para:

1. Estimular a troca de ideias acerca da doença, crenças e pré-conceitos; forma de contágio, cura e importância do envolvimento da família, incluindo o exame de contatos (BRASIL, 2008a);
2. Manter a regularidade do tratamento e implantar as práticas de autocuidado (OMS, 2010a);
3. Conhecer o trabalho do paciente: se há dificuldades para se ausentar ou possui estilo de vida tipo nômade (OMS, 2010a);
4. Avaliar se há dificuldades de compreensão sobre a doença e tratamento regular (OMS, 2010a);
5. Identificar atitudes negativas e outras formas de discriminação da sociedade que levam ao medo e ao estigma (OMS, 2010a);
6. Detectar precocemente as complicações agudas da hanseníase (OMS, 2010a).

2.2.3 Integralidade da atenção

A integralidade implica que as unidades da 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. Isto inclui o encaminhamento para serviços secundários para consultas, serviços terciários para manejo definitivo de problemas específicos (STARFIELD, 2002, p. 62).

A integralidade requer que os serviços estejam disponíveis e sejam prestados para os problemas que ocorrem com maior frequência na população. Sendo assim, a variedade de serviços disponíveis e prestados na atenção primária pode variar de comunidade para comunidade conforme incidência/prevalência de problemas. Já que a atenção primária está orientada para o atendimento das necessidades das pessoas, deve-se disponibilizar uma variedade de serviços voltados para estas necessidades e alcançar um alto nível de desempenho no reconhecimento de necessidades existentes na população (STARFIELD, 2002).

A integralidade dos serviços disponíveis/prestados para a hanseníase requer a presença de profissionais capacitados para realizar o diagnóstico preciso; tratamento com esquema PQT coerente com a classificação operacional; avaliação e prevenção das incapacidades físicas; avaliação dos contatos domiciliares e vacinação com BCG; identificação e acompanhamento do tratamento das reações hansênicas; acompanhamento dos casos após a alta por cura (BRASIL, 2010b; OMS, 2010a; OMS, 2010b). O Ministério da Saúde recomenda o acompanhamento do usuário durante o tratamento a cada 28 dias e as seguintes atividades nas consultas mensais:

Nessas consultas eles tomam a dose supervisionada no serviço de saúde e recebem a cartela com os medicamentos das doses a serem autoadministradas em domicílio. Esta oportunidade deve ser aproveitada para avaliação do(a) paciente, esclarecimento de dúvidas e orientações. Além disso, deve-se reforçar a importância do exame dos contatos, agendando o exame clínico e a vacinação. O cartão de agendamento deve ser usado para registro da data de retorno à unidade de saúde e para controle da adesão ao tratamento. (...) No retorno para tomar a dose supervisionada, o(a) paciente deve ser submetido(a) à revisão sistemática por médico(a) ou enfermeiro(a) responsáveis pelo monitoramento clínico e terapêutico. Essa medida visa identificar reações hansênicas, efeitos adversos aos medicamentos e dano neural. Em caso de reações ou outras intercorrências, os(as) pacientes devem ser examinados a(s) em intervalos menores. A demonstração e a prática de autocuidado devem fazer parte das orientações de rotina do atendimento mensal sendo recomendada a organização de grupos de pacientes e familiares ou de pessoas de sua convivência que possam apoiá-los na execução dos procedimentos recomendados. A prática das técnicas de autocuidado deve ser avaliada sistematicamente para evitar piora do dano neural por execução inadequada. Em todas as situações, o esforço realizado pelos(as) pacientes deve ser valorizado para estimular a continuidade das práticas de autocuidado apoiado. (...) O encerramento da Poliquimioterapia (alta por cura) deve ser estabelecido segundo os critérios de regularidade ao tratamento: número de doses e tempo de tratamento, de acordo com

cada esquema mencionado anteriormente, sempre com avaliação neurológica simplificada, avaliação do grau de incapacidade física e orientação para os cuidados pós-alta (BRASIL, 2010b).

Considerando a tendência de declínio dos casos novos da doença, a ausência cada vez mais frequente de profissionais de saúde capacitados em ACH e a concorrência com outros grandes desafios de saúde pública, os governos e os profissionais deverão garantir que a hanseníase também tenha prioridade no conjunto dos demais problemas de saúde enfrentados pelas comunidades (OMS, 2010b).

O Estado de Minas Gerais, preocupado com a carga de doenças que acomete a população mineira e com o oferecimento de serviços de saúde resolutivos e de qualidade, publicou várias linhas-guias para a qualificação da atenção desenvolvida nos serviços de APS (MINAS GERAIS, 2007a). Uma das linhas-guias foi destinada à atenção da hanseníase na APS, que apresenta o protocolo de atendimento ao usuário, bem como as atribuições dos profissionais da APS na realização das ações de prevenção e controle da hanseníase, que estão descritas no Quadro 2.

Quadro 2 - Atribuições dos profissionais da APS do Estado de Minas Gerais na realização das ações de controle da hanseníase

(continua)

Atribuições	Médico	Enfermeiro	ACS
Fazer levantamento epidemiológico e operacional	X	X	X
Planejar ações de assistência e controle do paciente e contato	X	X	X
Programar atividades segundo normas vigentes	X	X	X
Prever material necessário para a prestação do cuidado	X	X	X
Promover mobilização social	X	X	X
Executar ações de educação em saúde	X	X	X
Avaliar o estado de saúde do indivíduo	X	X	X
Realizar medidas de controle de contatos	X	X	X
Realizar busca ativa de casos	X	X	X
Realizar visitas domiciliares	X	X	X
Aplicar técnicas simples de atividades de vida diária em pacientes de hanseníase	X	X	X
Identificar as incapacidades físicas	X	X	
Fazer avaliação clínica dermatoneurológica	X	X	
Diagnosticar, classificar, prescrever tratamento e dar alta de hanseníase	X		
Identificar e encaminhar pacientes com reações hansênicas, reações medicamentosas e para a confirmação diagnóstica	X	X	
Dispensar medicamentos		X	

Quadro 2 - Atribuições dos profissionais da APS do Estado de Minas Gerais na realização das ações de controle da hanseníase

(conclusão)

Atribuições	Médico	Enfermeiro	ACS
Realizar busca de faltosos e contatos	X	X	X
Fazer supervisão de medicamentos em domicílio	X	X	X
Realizar e avaliar as atividades de controle das doenças	X	X	
Estabelecer referência e contrarreferência para atendimento em outras unidades de saúde	X	X	
Prever e requisitar medicamentos, imunobiológicos e material de consumo		X	
Preencher formulários do sistema de informação em hanseníase	X	X	
Administrar dose supervisionada	X	X	

Fonte: MINAS GERAIS, 2007b, p. 41.

Nota: ACS - Agente Comunitário de Saúde.

Para o Ministério da Saúde, são atribuições dos profissionais da APS brasileira (BRASIL, 2008a):

Agente Comunitário de Saúde (ACS)

- a. Identificar sinais e sintomas da hanseníase e encaminhar os casos suspeitos para a unidade de saúde;
- b. Acompanhar os usuários em tratamento e orientá-los: quanto à necessidade de sua conclusão no tempo preconizado e estar atento aos prováveis sinais e sintomas de reações e efeitos adversos da medicação (farmacovigilância);
- c. Orientar a realização de autocuidados, visando a prevenção de incapacidades;
- d. Realizar busca ativa de faltosos e daqueles que abandonaram o tratamento;
- e. Supervisionar o uso de medicamentos, quando indicado e conforme planejamento da equipe;
- f. Encaminhar contatos intradomiciliares para avaliação na unidade de saúde e estimulá-los a realizar o autoexame, mesmo depois da avaliação;
- g. Fazer, no mínimo, uma visita domiciliar por mês ao usuário com hanseníase e sua família, estimulando autocuidados e autoexame, de acordo com a programação da equipe, utilizando a ficha B-HAN do SIAB;

- h. Registrar na ficha A – cadastramento de famílias – os dados sobre as pessoas com hanseníase no campo específico, a cada visita, de forma a mantê-la atualizada;
- i. Compartilhar com a equipe informações colhidas durante a visita domiciliar e participar da consolidação dos dados registrados, através do SSA2;
- j. Desenvolver ações educativas e de mobilização envolvendo a comunidade e equipamentos sociais (escolas, conselhos de saúde, associações de moradores, etc.), relativas à importância do autoexame; ao controle da hanseníase e combate ao estigma.

Médico e Enfermeiro

- a. Identificar sinais e sintomas da hanseníase e avaliar os casos suspeitos encaminhados para a unidade de saúde;
- b. Preencher completamente, de forma legível, a ficha individual de notificação para os casos confirmados de hanseníase;
- c. Orientar o paciente e a família para a realização de autocuidados e prescrever e/ou realizar técnicas simples de prevenção de incapacidades físicas;
- d. Avaliar e registrar o grau de incapacidade física em prontuários e formulários, no diagnóstico e acompanhamento, conforme periodicidade descrita no protocolo;
- e. Realizar exame dermatoneurológico em todos os contatos intradomiciliares dos casos novos, orientá-los sobre a hanseníase e importância do autoexame;
- f. Registrar em prontuários e fichas/boletins de acompanhamento e encaminhar para a vacinação com o BCG os contatos sem sinais da doença;
- g. Realizar assistência domiciliar, quando necessário;
- h. Orientar os auxiliares/técnicos de enfermagem e ACS para o acompanhamento dos casos em tratamento;
- i. Contribuir e participar das atividades de educação permanente dos membros da equipe quanto à prevenção, manejo do tratamento, ações de vigilância epidemiológica, combate ao estigma, efeitos adversos de medicamentos/farmacovigilância e prevenção de incapacidades;
- j. Enviar mensalmente ao setor competente as informações epidemiológicas referentes à hanseníase da área de abrangência da unidade de saúde, nos devidos formulários;
- k. Analisar os dados e planejar as intervenções juntamente com a equipe de saúde;

- l. Encaminhar ao setor competente a ficha de notificação e boletins de acompanhamento, conforme estratégia local;
- m. Preencher e analisar mensalmente o Boletim de Acompanhamento de Casos de Hanseníase, referente à sua área de abrangência, objetivando a atualização dos dados e o planejamento e execução das intervenções necessárias para aprimorar a vigilância;
- n. Desenvolver ações educativas e de mobilização envolvendo a comunidade e equipamentos sociais (escolas, conselhos de saúde, associações de moradores, etc.), relativas ao controle da hanseníase e combate ao estigma.

Exclusivas do Médico

- a. Realizar avaliação dermatoneurológica dos casos suspeitos;
- b. Diagnosticar precocemente as pessoas com hanseníase;
- c. Solicitar exames complementares, quando necessários, orientando acerca de sua indicação e realização, especialmente o raspado dérmico para baciloscopia;
- d. Realizar tratamento imediato e adequado, de acordo com esquemas terapêuticos preconizados pelo Ministério da Saúde (PQT/OMS);
- e. Avaliar e registrar grau de incapacidade, no momento da alta por cura, nos casos de hanseníase conforme preconizado;
- f. Registrar, em prontuários do usuário e fichas próprias, o exame dermatoneurológico, bem como evoluções, avaliações de grau de incapacidade, administração de dose supervisionada e alta;
- g. Encaminhar para unidade de referência os casos pertinentes através de ficha de referência e contrarreferência, respeitando os fluxos locais e mantendo-se responsável pelo acompanhamento da família;

Exclusivas do Enfermeiro

- a. Realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal, observadas as disposições legais da profissão;
- b. Planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS;
- c. Realizar ou demandar a realização de curativos aos auxiliares sob sua orientação e supervisão;

- d. Observar a tomada da dose supervisionada e orientar acerca de efeitos adversos dos medicamentos;
- e. Realizar a programação e pedidos de medicamentos e controlar o estoque em formulário específico e encaminhá-lo ao nível pertinente;

2.2.4 Coordenação

A coordenação, o quarto componente da atenção, é essencial para a obtenção dos outros aspectos. Sem ela, a longitudinalidade perderia muito de seu potencial, a integralidade seria dificultada e a função de primeiro contato tornar-se-ia uma função puramente administrativa. (...) 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, p. 365-366). O provedor de atenção primária deve ser capaz de integrar todo cuidado que o paciente recebe através da coordenação entre os serviços (BRASIL, 2010d, p. 9).

Os serviços de hanseníase apresentam uma assistência focada na coordenação quando:

1. Há manutenção de registros nos prontuários¹⁰ (OMS, 2010b);
2. Os protocolos orientam a padronização das práticas clínicas (OMS, 2010a);
3. As tarefas e responsabilidades de cada nível de atenção são claramente definidas (OMS, 2010a);
4. Os profissionais da APS conhecem a rede de serviços municipais, regionais e estaduais que possibilita a atenção integral ao paciente (OMS, 2010b; BRASIL, 2010b);
5. Há parâmetros claros de encaminhamento dos casos de hanseníase para os serviços de atenção secundária e terciária (OMS, 2010b);
6. Os serviços de referência estão disponíveis e acessíveis e disponibilizados a qualquer paciente que precise deles (OMS, 2010b);
7. Os encaminhamentos são realizados conforme a necessidade (casos difíceis, complicações ou reabilitação) e mediante relatório de encaminhamento¹¹ (OMS, 2010b; BRASIL, 2010b);

¹⁰ O prontuário da pessoa com hanseníase deverá ser o mesmo utilizado para os demais atendimentos realizados na unidade de saúde, acrescido de anexos constituídos por impressos específicos como cópia da ficha de notificação/investigação do SINAN, ficha de avaliação neurológica simplificada e do grau de incapacidade física, boletim de acompanhamento de hanseníase, formulário de vigilância de contatos intradomiciliares de hanseníase, e se o caso de hanseníase for menor de 15 anos, deverá conter o protocolo complementar de investigação diagnóstica de casos de hanseníase em menores de 15 anos (BRASIL, 2010b).

8. Há oferta de cuidados continuados nas complicações crônicas (OMS, 2010a);
9. Há contrarreferência¹² dos casos encaminhados para o serviço de referência para a continuidade do tratamento nas unidades de APS (OMS, 2010b; BRASIL, 2010b);
10. Há supervisão técnica regular e eficiente dos profissionais da APS, com capacitação em serviço, para o manejo dos casos de hanseníase (OMS, 2010a);
11. Realizam a vigilância epidemiológica da doença ao preencher as fichas do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação): notificação e investigação do caso de hanseníase e boletim de acompanhamento de hanseníase (BRASIL, 2010b).

2.2.5 Orientação familiar

A orientação familiar, para Starfield (2002), “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” (p. 486-487).

Um dos pilares para o controle do agravo constitui-se na realização do exame dos contatos intradomiciliares do caso de hanseníase, que precisam ser examinados em busca dos sinais e sintomas, já que são aqueles que possuem o maior risco de desenvolver a doença. Os contatos devem receber informações sobre os sinais precoces da doença e orientados para retornarem ao serviço de saúde caso haja o aparecimento de manchas e áreas da pele com perda de sensibilidade (OMS, 2010b). Os familiares e as pessoas de convivência do paciente também devem receber informações sobre a doença: orientações sobre a atenção integral, estímulo ao autoexame e investigação dos contatos domiciliares, autocuidado apoiado, prevenção e tratamento de incapacidades físicas e suporte psicológico durante e após o tratamento (BRASIL, 2010b).

¹¹ O formulário de encaminhamento deve conter todas as informações necessárias ao atendimento (motivo do encaminhamento, resumo da história clínica, resultados de exames realizados, diagnóstico, evolução clínica, esquema terapêutico e dose a que o paciente está submetido, entre outras) (BRASIL, 2010b).

¹² A contrarreferência deve seguir acompanhada de relatório contendo informações detalhadas a respeito do atendimento prestado e das condutas e orientações para o seguimento do (a) paciente no estabelecimento de origem (BRASIL, 2010b).

Destaca-se que o envolvimento dos familiares no tratamento do paciente, na realização dos procedimentos de prevenção de incapacidades e na reabilitação são essenciais para reduzir qualquer atitude negativa que pode envolver o paciente (BRASIL, 2010b).

2.2.6 Orientação comunitária

A orientação para a comunidade “resulta de um 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” (STARFIELD, 2002, p.487) e o “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” (BRASIL, 2010d; p. 9).

A orientação comunitária na hanseníase está vinculada às ações de educação em saúde para orientar a comunidade sobre os sinais e sintomas da doença, cura, local de diagnóstico e tratamento para promover o diagnóstico precoce por meio da demanda espontânea e combater a discriminação e o estigma na comunidade (OMS, 2010b). Orienta-se a realização da divulgação dos sinais e sintomas da hanseníase nos diferentes veículos de comunicação (televisão, rádio, jornais, e outros) e em outros setores, como escolas e igrejas, bem como a manutenção de parcerias com associações de bairros e ONG. Outra atividade relacionada à orientação comunitária é o monitoramento epidemiológico e operacional da qualidade dos serviços de hanseníase.

2.3 Instrumentos de Avaliação da Qualidade da APS

A concepção de Atenção Primária à Saúde estabelecida na conferência de Alma Ata, em 1978, reconheceu a necessidade de reformulação do modelo assistencial dos sistemas de saúde, alterando o enfoque para as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças (sem desmerecer a atenção aos usuários na ocorrência de um agravo e a realização do seu devido tratamento) e oferecendo atenção continuada e abrangente a todos os problemas de saúde demonstrados por seus usuários. Desde então, inúmeros estudos foram realizados para identificar as evidências dos benefícios da atenção primária na saúde das populações e nos recursos financeiros destinados à atenção à saúde (STARFIELD, 2002).

Decorrente das evidências crescentes de que a atenção primária contribui substancialmente para melhores resultados de saúde na população (NODARI; OLEA; DORION, 2013), Starfield e colaboradores desenvolveram, na *Johns Hopkins Populations Care Policy Center*, uma ferramenta de avaliação da qualidade dos serviços prestados na atenção primária baseada no referencial teórico de avaliação de estrutura e processo proposto por Donabedian (STARFIELD, 2002). Esse instrumento, denominado *Primary Care Assessment Tool* (PCAT), avalia a presença e extensão dos atributos essenciais e derivados da APS – primeiro contato (utilização e acesso), longitudinalidade, coordenação (do cuidado e sistema de informação), integralidade (serviços disponíveis e serviços prestados), enfoque familiar, orientação comunitária e competência cultural - em um serviço de saúde (STARFIELD, 2002), na perspectiva dos usuários crianças (CASSADY *et al.*, 2000) e adultos (SHI; STARFIELD; JIAHONG, 2001).

Os atributos essenciais abordam: a) o papel da APS como a porta de entrada para o sistema de saúde, exceto em situações de emergência (acesso de primeiro contato); b) a manutenção de vínculo pessoal e continuado do paciente com um profissional ou um serviço de saúde (longitudinalidade); c) a capacidade de disponibilizar uma ampla gama de serviços e de resolver problemas (integralidade); e d) o atendimento dos problemas tratados em outros serviços (coordenação). Os atributos derivados abordam a medida com que a APS se concentra na saúde dos indivíduos no contexto da família (orientação familiar), no enfrentamento dos problemas de saúde da comunidade (orientação comunitária) (OLIVEIRA *et al.*, 2013, p. 265).

Um sistema ou serviço de saúde será avaliado como provedor de atenção primária quando o mesmo apresentar os atributos essenciais, sendo que essa atenção será mais qualificada ao incorporar os atributos derivados da APS (enfoque familiar, orientação comunitária e competência cultural) (CASSADY *et al.*, 2000; SHI; STARFIELD; JIAHONG, 2001; STARFIELD, 2002).

Essa metodologia avaliativa tem sido utilizada por diversos países para medir a orientação dos serviços de APS para o alcance dos atributos essenciais e derivados propostos por Starfield (2002), incluindo a Espanha (PASARIN *et al.*, 2007), Canadá (HAGGERTY *et al.*, 2008), Coréia do Sul (LEE *et al.*, 2009), Uruguai (PIZANELLI *et al.*, 2011) e Argentina (BERRA *et al.*, 2013).

No Brasil, a primeira adaptação do PCAT ocorreu em 2006, num contexto em que, após a ampla expansão da ESF, o Ministério da Saúde almejava a qualificação das equipes de APS acompanhada por ações de monitoramento e avaliação. A metodologia (OPAS/MS, 2006), que avalia as características organizacionais e de desempenho dos serviços de atenção primária do SUS, foi aplicada aos usuários, profissionais de saúde e gestores do município de Petrópolis (RJ) para a análise da validade do instrumento. Foi elaborada a partir do PCAT

desenvolvido na *Johns Hopkins Populations Care Policy Center*, porém alguns itens foram acrescentados para adaptá-la à realidade brasileira e o atributo “Formação Profissional”, que contempla a formação dos profissionais que atuam na APS brasileira, já que o SUS sempre promove educação continuada¹³. Outra modificação realizada pelos autores foi a escala de respostas do tipo Likert: optaram pela escala com cinco advérbios de frequência (nunca, quase nunca, algumas vezes, quase sempre e sempre) (OPAS/MS, 2006).

No mesmo ano, Harzheim e colaboradores (HARZHEIM *et al.*, 2006a) apresentaram uma versão do PCAT usuários crianças, validada no município de Porto Alegre, que reproduz fielmente os itens e a escala de respostas do PCAT desenvolvido por Starfield e colaboradores (CASSADY *et al.*, 2000). O processo de validação envolveu as seguintes etapas: tradução do PCAT para o português, tradução reversa, adaptação, pré-teste, validação de conteúdo e construto e análise da consistência interna e confiabilidade (ressaltando a precisão e a estabilidade temporal) por técnicas estatísticas (HARZHEIM *et al.*, 2006a).

O município de Porto Alegre também foi o cenário de validação do instrumento destinado aos usuários adultos (HARZHEIM *et al.*, 2006b; HARZHEIM *et al.*, 2013) e profissionais de saúde (HAUSER *et al.*, 2013), que juntamente com a versão usuários crianças, foram consideradas as ferramentas oficiais do Ministério da Saúde para a avaliação da APS brasileira ao publicar, em 2010, o Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (*Primary Care Assessment Tool - PCATool - Brasil*) (BRASIL, 2010d).

Este instrumento pode suprir a ausência de rigor em identificar e diferenciar os distintos modelos de atenção ambulatorial, favorecendo o esforço científico na busca de evidências sobre a real efetividade da APS, com consequências importantes sobre a definição das políticas públicas. Sua importância reside na inexistência de outros instrumentos validados que objetivem mensurar a presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados de APS em diferentes serviços de saúde nacionais, disponibilizando uma ferramenta que permita a realização de pesquisas com maior rigor e qualidade. Pode ser utilizado em investigações acadêmicas, mas também como instrumento de avaliação e monitoramento da qualidade da APS no âmbito rotineiro das equipes de Saúde da Família, assim como pelos diversos níveis de gestão da APS no Brasil. Por fim, o PCATool-Brasil permite, por meio de entrevistas domiciliares ou em serviços de saúde, aplicadas por entrevistadores treinados, identificar aspectos de estrutura e processo dos serviços que exigem reafirmação ou reformulação na busca da qualidade tanto para o planejamento, como para a execução das ações de APS (BRASIL, 2010d, p.11).

¹³ Em relação à hanseníase, a Organização Mundial de Saúde preconiza a capacitação dos profissionais dos serviços de APS por meio de atividades de educação continuada e supervisão em serviço para oferecer uma assistência oportuna e de qualidade (OMS, 2010a). A Portaria 3125 corrobora que “a educação permanente em saúde, ao proporcionar a formação dos profissionais de saúde, gestores e usuários, é uma estratégia essencial à atenção integral humanizada e de qualidade, ao fortalecimento do SUS e à garantia de direitos e da cidadania” (BRASIL, 2010b).

No entanto, em 2011, um novo modelo de avaliação do desempenho da APS - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)¹⁴ - foi adotado pelo MS com o objetivo de ampliar o acesso e a oferta qualificada dos serviços de saúde no âmbito da APS do SUS (BRASIL, 2012b). Com a nova Política Nacional de Atenção Básica, o PMAQ, que é uma ferramenta de monitoramento e avaliação da atenção primária, torna-se um componente de financiamento da APS, garante o repasse de recursos às equipes e municípios que obtêm os resultados pactuados na contratualização (BRASIL, 2012a).

Há um esforço do Ministério da Saúde em fazer com que parte dos recursos induza a ampliação do acesso, a qualificação do serviço e a melhoria da atenção à saúde da população. Esses recursos devem ser repassados em função de programas que avaliem a implantação de processos e a melhoria de resultados como o PMAQ (BRASIL, 2012a, p.97).

O PMAQ possui quatro fases – adesão, desenvolvimento, avaliação externa e recontratualização – que se complementam e que avaliam práticas consideradas estratégicas na APS e ações potenciais indutoras de mudanças no cotidiano dos serviços (BRASIL, 2012b).

A adesão ao programa inicia com a contratualização de compromissos e indicadores pelas equipes de APS e a sua pactuação no nível local, regional e estadual. São 47 indicadores de desempenho e monitoramento relacionados a sete áreas estratégicas¹⁵, sendo que o monitoramento e avaliação dos indicadores pactuados pelas equipes são realizados pelos dados informados no Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab) (BRASIL, 2012b).

A segunda etapa inicia com a autoavaliação do processo de trabalho pelas equipes a fim de elencar os problemas e as estratégias para alcançar os resultados pactuados na fase de contratualização. Para instrumentalizar a fase de autoavaliação, o MS disponibilizou um instrumento autoavaliativo¹⁶, composto por um conjunto de ações consideradas estratégicas na APS, que foi construído a partir da adaptação de diversas ferramentas utilizadas e validadas nacional e internacionalmente, sendo uma delas o PCATool (BRASIL, 2012b). “Cumpre destacar que a ferramenta ofertada pelo Ministério da Saúde poderá ser combinada com outras, cabendo aos gestores municipais e às equipes de atenção básica definirem o uso do(s)

¹⁴ O PMAQ foi instituído pela Portaria nº 1.654 GM/MS, de 19 de julho de 2011 (BRASIL, 2012b).

¹⁵ Áreas estratégicas do PMAQ: 1. Saúde da mulher; 2. Saúde da criança, 3. Controle de Diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica; 4. Saúde bucal; 5. Produção geral; 6. **Tuberculose e hanseníase**; 7. Saúde mental (BRASIL, 2012b, grifo nosso).

¹⁶ Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ) (BRASIL, 2013a).

instrumento(s) ou ferramenta(s) que se adéque(m) à sua necessidade e realidade” (BRASIL, 2012b, p. 39).

Na fase de desenvolvimento do PMAQ, o monitoramento dos indicadores contratualizados permite o reconhecimento dos resultados alcançados e os desafios ainda presentes que necessitam de intervenções para a melhoria da qualidade da APS. Ainda nessa etapa, destaca-se a educação permanente, que permite a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades, e o apoio institucional como um dos pilares para a qualificação das práticas do cuidado e da gestão (BRASIL, 2012b).

A terceira fase do PMAQ consiste na avaliação externa por instituições de ensino/pesquisa contratadas pelo Ministério da Saúde para avaliação do desempenho das equipes de APS participantes do programa para a melhoria do acesso e da qualidade da APS. Ao final desse processo avaliativo, que analisa indicadores de qualidade alinhados aos padrões da AMAQ, as equipes são certificadas em quatro categorias: desempenho insatisfatório, regular, bom e desempenho ótimo (BRASIL, 2012b; BRASIL, 2013a).

A quarta fase do PMAQ constitui o processo de recontractualização, no qual a equipe, após a certificação, realiza uma nova contractualização de indicadores e compromissos, completando o ciclo de qualidade previsto pelo programa (BRASIL, 2012b).

Em um curto período de tempo, o Ministério da Saúde propôs dois instrumentos diferentes para a avaliação do desempenho da APS – o *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) e Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ) – com o objetivo de qualificar a atenção primária do País, tanto as equipes da ESF, estratégia prioritária para expansão e fortalecimento da APS no Brasil, quanto as unidades organizadas em outras modalidades. Isto demonstra que a avaliação da qualidade da atenção primária à saúde tem ganhado destaque na política de saúde brasileira para assegurar o fortalecimento desse nível de atenção à saúde (NORMAN; NORMAN, 2013).

Como há um grande número de instrumentos de avaliação sendo desenvolvido no Brasil e no exterior, torna-se necessário, a utilização de ferramentas avaliativas validadas para o julgamento da qualidade da APS (STEIN, 2013). Hauser e colaboradores (2013) corroboram que

A mensuração da qualidade dos serviços de saúde deve ser realizada com instrumentos válidos e fidedignos, uma vez que a informação sobre as propriedades psicométricas permite conhecer a acurácia e a precisão da medida da qualidade de atenção ao cuidado (p. 245).

Estudo recente realizado no município de Curitiba analisou a concordância entre dois instrumentos de avaliação da qualidade da APS utilizados pelo Ministério da Saúde: o

PCATool e o instrumento de Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ)¹⁷ versão do ano 2005 (FIGUEIREDO *et al.*, 2013). Para a comparação, os autores categorizaram os itens do AMQ nos atributos da APS presentes no PCATool. Os resultados evidenciaram que não houve concordância entre os escores obtidos pelos dois instrumentos nos atributos acesso de primeiro contato, longitudinalidade, coordenação do cuidado e orientação comunitária (FIGUEIREDO *et al.*, 2013). Dessa forma, os resultados mostraram que o instrumento AMQ não apresenta um padrão adequado para mensurar os atributos da APS, diferente do PCATool, que já foi formulado e validado para mensurar o grau de orientação do serviço de saúde para a APS (STEIN, 2013). Sendo assim, o PCATool deve ser a ferramenta escolhida pelos gestores e pesquisadores para a avaliação da qualidade da Atenção Primária em Saúde (STEIN, 2013).

2.4 Instrumentos de Avaliação do Programa de Controle da Hanseníase

O monitoramento e avaliação das atividades de controle da hanseníase são realizados por meio da Vigilância Epidemiológica, organizada em todos os níveis de atenção do SUS e operacionalizada pelo SINAN, que fornece informações atualizadas sobre os casos de hanseníase e seus contatos, com finalidade de avaliar a eficácia e a efetividade das atividades de controle, recomendar o planejamento de novas ações e a formulação dos planos municipais de controle da hanseníase (MINAS GERAIS, 2007b; BRASIL, 2009b; BRASIL, 2010b).

A construção e análise de indicadores epidemiológicos e operacionais são essenciais para o desenvolvimento das atividades de Vigilância Epidemiológica. Podem ser usadas para ajudar a descrever uma determinada situação e para acompanhar mudanças ou tendências em um período de tempo. Os indicadores de saúde permitem a comparabilidade entre diferentes áreas ou diferentes momentos e fornecem subsídios para o planejamento das ações de saúde (BRASIL, 2002b). A avaliação das ACH deve ser um processo contínuo, no qual as ações podem ser ajustadas para alcançar os objetivos e resultados planejados (BRASIL, 2009b). O PNCH preconiza o “monitoramento e avaliação como ferramenta de melhoria do programa e de promoção da gestão, daí a importância de sua incorporação na rotina dos planejadores, gestores e executores do programa” (BRASIL, 2009b, p. 22).

¹⁷ O Ministério da Saúde instituiu a Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família em 2005 com o objetivo de ser uma ferramenta a ser utilizada de maneira voluntária pelos gestores municipais para avaliar a qualidade das ações e do cuidado à saúde dos indivíduos, da família e da comunidade (BRASIL, 2005).

No Brasil, os indicadores de construção obrigatória pelos municípios, regionais e estados são:

1. Indicadores do Pacto pela Vida¹⁸ 2013-2015 (BRASIL, 2013b):
 - a. Proporção de cura de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes;
 - b. Proporção de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados.

2. Ações Prioritárias da Programação das Ações de Vigilância em Saúde – PAVS¹⁹ (BRASIL, 2010e):
 - a. Proporção de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados;
 - b. Proporção de casos novos de hanseníase com grau de incapacidade física avaliado no diagnóstico;
 - c. Proporção de casos de hanseníase com o grau de incapacidade física avaliado na cura;
 - d. Proporção de capacitações em ações de controle da hanseníase realizadas.

O Quadro 3 mostra os indicadores propostos pelo MS que são úteis para a configuração da situação epidemiológica e operacional da hanseníase (BRASIL, 2010b).

¹⁸ O Pacto pela Vida é o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. As prioridades pactuadas são: saúde do idoso; controle do câncer de colo de útero e de mama; redução da mortalidade infantil e materna; fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias (dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza); promoção da saúde e fortalecimento da APS (BRASIL, 2006c).

¹⁹ A Programação das Ações de Vigilância em Saúde (PAVS) é um elenco norteador de ações que subsidiará a Programação Anual de Saúde (PAS) das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, para o alcance de metas do Pacto e demais prioridades de relevância para o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, eleitas pelas esferas Federal, Estadual e Municipal (BRASIL, 2010e).

Quadro 3 – Indicadores epidemiológicos e operacionais propostos pelo PNCH para a avaliação das ações de controle da hanseníase.

Indicadores epidemiológicos*	
Indicador	Utilidade
Coefficiente de detecção anual de casos novos de hanseníase por 100.000 habitantes	Medir força de morbidade, magnitude e tendência da endemia.
Coefficiente de detecção anual de casos novos de hanseníase em menores de 15 anos de idade por 100.000 habitantes	Medir força da transmissão recente da endemia e sua tendência.
Proporção de casos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico, entre os casos novos detectados e avaliados no ano	Avaliar a efetividade das atividades da detecção oportuna e/ou precoce de casos.
Coefficiente de grau 2 de incapacidade física dos casos novos por 100.000 habitantes no momento do diagnóstico.	Avaliar as deformidades causadas pela hanseníase na população geral e compará-las com outras doenças incapacitantes.
Proporção de casos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física, entre os casos avaliados no momento da alta por cura.	Avaliar a transcendência da doença e subsidiar a programação de ações de prevenção e tratamento de incapacidades pós-alta por cura.
Coefficiente de prevalência anual de hanseníase por 10.000 habitantes.	Medir a magnitude da endemia.
Indicadores operacionais**	
Indicador	Utilidade
Proporção de casos novos de hanseníase com o grau de incapacidade física avaliado no momento do diagnóstico	Medir a qualidade do atendimento nos serviços de saúde e monitorar os resultados da PAVS.
Proporção de casos de hanseníase avaliados quanto ao grau de incapacidade física no momento da alta por cura	Medir a qualidade do atendimento nos serviços de saúde e monitorar os resultados da PAVS.
Proporção de contatos examinados entre os contatos intradomiciliares registrados dos casos novos diagnosticados no ano	Avaliar a capacidade dos serviços em realizar a vigilância de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase para detecção de novos casos. Monitorar os resultados da PAVS.
Proporção de cura de hanseníase entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes	Avaliar a qualidade da atenção e do acompanhamento dos casos novos diagnosticados até a completude do tratamento. Monitorar o Pacto pela Vida.
Proporção de casos de hanseníase em abandono de tratamento entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes	Avaliar a qualidade da atenção e do acompanhamento dos casos novos diagnosticados até a completude do tratamento.

*Indicadores epidemiológicos referem-se ao comportamento da doença. Medem a magnitude ou transcendência do problema. Indicam a situação epidemiológica da hanseníase, observada num determinado momento ou período (MINAS GERAIS, 2007b, p. 42).

**Indicadores operacionais referem-se às atividades de controle da hanseníase, realizadas pelas unidades de saúde, ou seja, medem os trabalhos realizados, indicando a sua quantidade e qualidade (MINAS GERAIS, 2007b, p. 42).

A atual estratégia da OMS para a redução da carga da hanseníase propõe o coeficiente de grau 2 de incapacidade física dos casos novos por 100.000 habitantes no momento do diagnóstico como indicador global para o controle da hanseníase. A meta é reduzir a taxa de casos novos com grau 2 de incapacidade por cada 100.000 habitantes em pelo menos 35% até o ano 2015, em comparação aos dados registrados em 2010 (OMS, 2010a).

Para alcançar essa meta, torna-se necessário o fortalecimento das atividades de controle da hanseníase a fim de enfrentar os desafios operacionais que dificultam o diagnóstico e o tratamento oportuno. A oferta de serviços de hanseníase de qualidade é uma questão essencial para o controle do agravo (OMS, 2010a) e o conceito de qualidade dos serviços de hanseníase

é baseada na capacitação adequada dos profissionais em todos os níveis, na supervisão técnica regular e no monitoramento dos indicadores-chave. A busca pela qualidade pressupõe a disposição da equipe para efetuar mudanças com o objetivo de melhorar suas habilidades e o funcionamento dos serviços de saúde onde trabalham (OMS, 2010b, p. 4).

A oferta qualificada dos serviços de APS, incluindo as ações de controle da hanseníase, também é uma preocupação do governo brasileiro, que em 2011 instituiu o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Um dos objetivos do programa é a institucionalização da cultura de avaliação da APS nos municípios e equipes de APS (BRASIL, 2013a).

Após a adesão do serviço de APS no PMAQ, é realizado a autoavaliação:

A autoavaliação é entendida como ponto de partida da fase de desenvolvimento do PMAQ, uma vez que os processos orientados para a melhoria da qualidade têm início na identificação e reconhecimento das dimensões positivas e também problemáticas do trabalho da gestão e das equipes de atenção à saúde. Nesse momento, deverão ser produzidos sentidos e significados com potencial de facilitar a mobilização de iniciativas para mudança e aprimoramento dos serviços (BRASIL, 2013a, p. 11).

Em relação à hanseníase, nessa etapa de autoavaliação, as equipes identificam as potencialidades e fragilidades no desenvolvimento das ações de vigilância, diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos casos de hanseníase no território para desenvolver o planejamento das intervenções (Figura 2) (BRASIL, 2013a).

4.36	A equipe de atenção básica desenvolve ações de vigilância, diagnóstico, controle e tratamento da hanseníase no território.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A equipe de atenção básica desenvolve ações de educação em saúde para a população sobre os diversos aspectos da abordagem da hanseníase na atenção básica; faz detecção de novos casos (casos novos do ano anterior + 5%), incluindo busca ativa entre comunicantes e outros casos suspeitos; faz notificação e monitoramento da regularidade dos usuários às consultas agendadas; realiza busca ativa de faltosos e esforços para garantir a continuidade do tratamento iniciado; acompanha os casos em tratamento. Nos municípios, o tratamento da hanseníase é descentralizado. A equipe realiza o tratamento, tem apoio das equipes de referência, faz manejo das complicações, monitora o encerramento dos casos tratados com envio da informação de conclusão para a vigilância em saúde municipal e acompanha os indicadores com vistas à reorganização do processo de trabalho da equipe.</p>		

Figura 2: Componente da hanseníase na etapa de autoavaliação do PMAQ.

Fonte: BRASIL, 2013a, p. 57.

O próprio manual do PMAQ pressupõe que as equipes possam utilizar outras ferramentas que melhor adequam ao levantamento dos problemas e que tragam uma reflexão mais apropriada das necessidades de saúde da população (BRASIL, 2013a). No entanto, a outra ferramenta avaliativa específica para a hanseníase que pode subsidiar os gestores e profissionais na qualificação da atenção à doença é a análise dos indicadores epidemiológicos e operacionais apresentados no Quadro 2.

Após a implantação das soluções elencadas na fase de autoavaliação, a equipe da APS é avaliada na terceira etapa do PMAQ por meio do indicador de monitoramento média de atendimentos de hanseníase, que é calculado dividindo-se o número de atendimentos de médico e de enfermeiro para pessoas com hanseníase em determinado local e período pelo número de pessoas com hanseníase cadastradas no mesmo local e período. Porém, o próprio manual do PMAQ apresenta o seguinte; esse indicador “não permite a avaliação da cobertura ou acesso real das pessoas com hanseníase, mas apenas da adequação do volume de atendimentos às necessidades potenciais da população cadastrada pela equipe” (BRASIL, 2012b, p. 67). Considerando que a hanseníase ainda é um desafio em saúde pública no território brasileiro devido às altas taxas de detecção, esses parâmetros elencados pelo PMAQ não são sensíveis o suficiente para identificar os reais problemas da APS no desenvolvimento das ACH. Como discutido por Stein (2013), o instrumento *Primary Care Assessment Tool* deveria ser a ferramenta de escolha do Ministério da Saúde para avaliação do grau de orientação do serviço de saúde para a APS.

Dessa forma, o presente estudo propõe a construção de um instrumento de avaliação das ações de controle da hanseníase baseado nos atributos da APS (acesso de primeiro

contato, integralidade, longitudinalidade, coordenação, enfoque na família, valorização dos aspectos culturais e orientação para a comunidade) a fim de subsidiar os gestores e profissionais na qualificação da atenção à doença tanto nos municípios endêmicos, quanto naqueles que precisam sustentar as ações de controle já que se trata de um problema de saúde pública no Brasil.



Métodos

3 MÉTODOS

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa que possui duas etapas, sendo a primeira um estudo metodológico de elaboração e validação de um instrumento de medida e a segunda etapa uma pesquisa avaliativa, realizada em três municípios mineiros, para medir a presença e a extensão dos atributos da APS no controle da doença por meio da metodologia de avaliação elaborada e validada na primeira etapa do estudo.

O estudo de validação dos instrumentos foi fundamentado na estratégia metodológica de validação de face e conteúdo (POLIT, BECK, HUNGLER; 2004) e análise das propriedades psicométricas, recomendado por Pasquali (2009), que compreende a validação de construto e de confiabilidade.

A pesquisa avaliativa, de natureza quantitativa, teve embasamento teórico no modelo de avaliação utilizado no *Primary Care Assessment Tool* (PCAT). Para Novaes (2004), as pesquisas avaliativas são pertinentes para conhecer os processos de atenção desenvolvidos nos serviços de saúde, seu desempenho e participação na conformação dos sistemas de saúde, além de seu impacto sobre a saúde da população.

As etapas do presente estudo estão descritas na Figura 3.

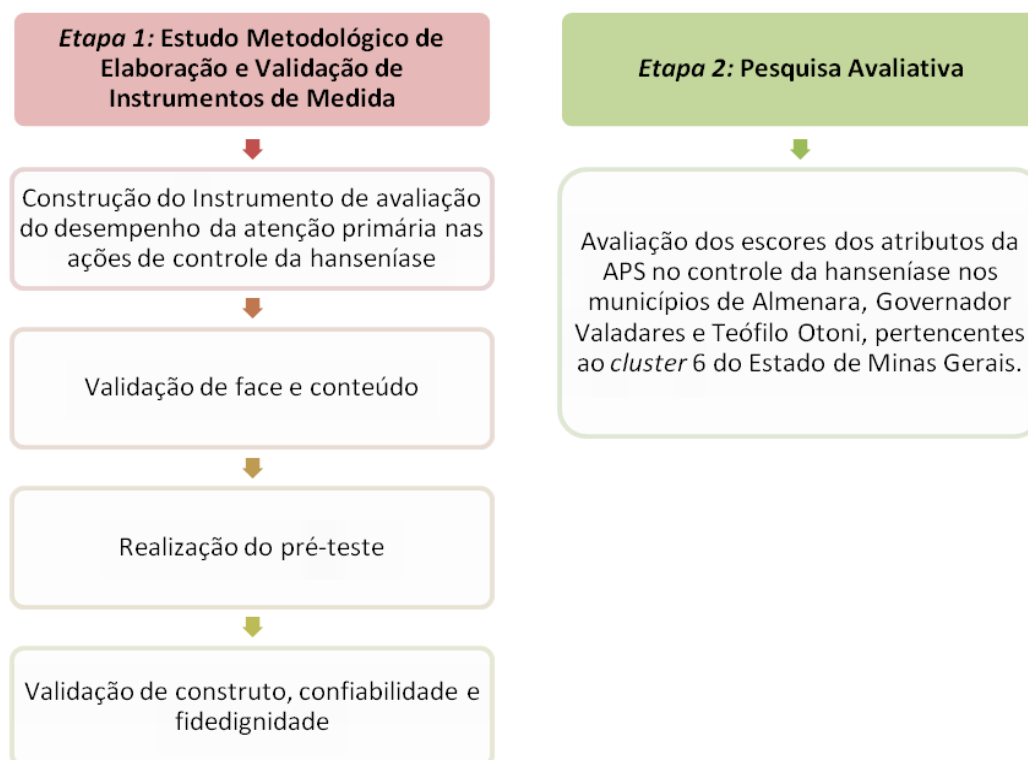


Figura 3 – Etapas do desenvolvimento da pesquisa

3.2 Estudo Metodológico – primeira etapa da pesquisa

O estudo metodológico de construção e validação do “Instrumento de avaliação do desempenho da atenção primária nas ações de controle da hanseníase” foi realizado em quatro etapas: desenvolvimento do instrumento, validação de face e de conteúdo, pré-teste, validação de construto, análise da confiabilidade e fidedignidade teste-reteste.

3.2.1 Construção do instrumento

A construção do “Instrumento de avaliação do desempenho da atenção primária nas ações de controle da hanseníase” foi pautada no referencial dos atributos da APS (STARFIELD, 2012), nas ações de controle da hanseníase preconizadas pelo Ministério da Saúde para serem desempenhadas na APS (BRASIL, 2010b; BRASIL, 2010c) e nas respectivas atribuições dos profissionais que são desempenhadas nesse nível de atenção (BRASIL, 2008a; MINAS GERAIS, 2007a).

Polit, Beck e Hungler (2004) afirmam que o processo de validação de instrumentos de medida inicia-se com a definição detalhada dos domínios derivados da literatura no processo de construção de questionários. Os pesquisadores devem levar em consideração os instrumentos já existentes no processo de construção de questionários (PASQUALI, 1999) e realizar um levantamento de itens presentes em instrumentos de medida de construto semelhantes (SANCHEZ; ECHEVERRY, 2004).

Embora existam indicadores epidemiológicos e operacionais que permitam a análise do PNCH (descritos no Quadro 3, página 52), não há disponível na literatura uma ferramenta baseada nos atributos da atenção primária que permite avaliar o grau de orientação da APS para a realização das ACH. Dessa forma, para a construção da estrutura do instrumento (definição dos construtos e redação dos itens), levou-se em consideração o formato utilizado no instrumento *Primary Care Assessment Tool* (PCAT) adotado como referência pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010d) e o construto “Formação Profissional” recomendado pela OPAS para ser inserido no PCAT (OPAS/MS, 2006)²⁰. Na avaliação baseada no *Primary Care Assessment Tool*:

Um serviço de atenção básica dirigido à população geral pode ser considerado provedor de atenção primária quando apresenta os quatro atributos essenciais, aumentando seu poder de interação com os indivíduos e com a comunidade ao apresentar também os atributos derivados. No momento em que um serviço de saúde é fortemente orientado para o alcance da maior presença destes atributos ele se torna capaz de prover atenção integral, do ponto de vista biopsicossocial, a sua comunidade adscrita. Essa definição da atenção primária à saúde pode, dessa forma, guiar as estratégias de avaliação e investigação dos serviços e sistemas de saúde baseados na APS. A identificação rigorosa da presença e extensão dos atributos citados é fundamental para definir um serviço como realmente orientado para a Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2010d; p.10).

Após a revisão de literatura dos atributos da APS e a atenção à hanseníase, a construção dos itens do instrumento foi realizada em oito construtos²¹, listados no Quadro 4, que caracterizam os atributos da APS.

²⁰ Avaliamos a equivalência entre o instrumento original proposto por Starfield e colaboradores (CASSADY *et al.*, 2000; SHI; STARFIELD; JIAHONG, 2001) e as duas versões adaptadas para o contexto brasileiro (OPAS/MS, 2006; BRASIL, 2010d). Verificamos que a versão apresentada pelo Ministério da Saúde em 2010 segue fielmente os itens originalmente propostos no instrumento, bem como a escala de respostas. Sendo assim, adotamos o “Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde – PCATool Brasil” como referencial para a construção dos construtos e itens do instrumento aqui proposto.

²¹ Construto é um conceito que o pesquisador pode definir em termos teóricos, mas que não pode ser medido diretamente ou medido sem erro, apenas representado ou medido por um ou mais indicadores (HAIR *et al.*, 2006 *apud* FIGUEIREDO FILHO; SILVA JÚNIOR, 2010).

HAIR Jr. *et al.* **Multivariate Data Analysis**. 6ª edição. Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall, 2006.

Quadro 4 - Construtos do “Instrumento de avaliação do desempenho da atenção primária nas ações de controle da hanseníase”

Construtos: Atributos da APS		Definição
ESSENCIAIS	<i>Porta de entrada</i>	Utilização do serviço de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, com exceção das verdadeiras emergências e urgências médicas (BRASIL, 2010d, p. 9).
	<i>Acesso</i>	Envolve a localização do estabelecimento próximo da população a qual atende, os horários e dias em que está aberto para atender, o grau de tolerância para consultas não-agendadas e o quanto a população percebe a conveniência destes aspectos do acesso (STARFIELD <i>et al.</i> , 2002, p. 60).
	<i>Atendimento continuado</i>	Existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo. A relação entre a população e sua fonte de atenção deve se refletir em uma relação interpessoal intensa que expresse a confiança mútua entre os usuários e os profissionais de saúde (BRASIL, 2010d, p. 9).
	<i>Integralidade dos serviços disponíveis e prestados</i>	Leque de serviços disponíveis e prestados pelo serviço de atenção primária. Ações que o serviço de saúde deve oferecer para que os usuários recebam atenção integral, tanto do ponto de vista do caráter biopsicossocial do processo saúde-doença, como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação adequadas ao contexto da APS, mesmo que algumas ações não possam ser oferecidas dentro das unidades de APS. Incluem os encaminhamentos para especialidades médicas focais, hospitais, entre outros (BRASIL, 2010d, p. 9).
	<i>Coordenação</i>	Pressupõe alguma forma de continuidade seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas abordados em outros serviços e a integração deste cuidado no cuidado global do paciente. O provedor de atenção primária deve ser capaz de integrar todo cuidado que o paciente recebe através da coordenação entre os serviços (BRASIL, 2010d, p. 9).
DERIVADOS	<i>Orientação familiar</i>	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 (BRASIL, 2010d, p. 9).
	<i>Orientação comunitária</i>	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 (BRASIL, 2010d, p.9).
	<i>Orientação profissional</i>	Pressupõe que a atenção básica seja uma área de “especialização” que requer formação específica. Requer que os profissionais de saúde sejam capacitados para desempenhar suas funções segundo as dimensões mencionadas anteriormente (OPAS/MS, 2006, p.69).

Os itens²² alocados em cada construto descrito no Quadro 4 foram formulados a partir dos documentos oficiais do Sistema Único de Saúde para a atenção à hanseníase na APS (MINAS GERAIS, 2007a; BRASIL, 2008a; BRASIL, 2010b; BRASIL, 2010c).

Considerando que na realização das ACH há o envolvimento de diversos profissionais da APS, conforme apresentado no Quadro 2, e que os gestores municipais são responsáveis pelo planejamento, implementação e monitoramento das ações de saúde (BRASIL, 2010d), foram elaboradas, inicialmente, três versões do instrumento destinadas para:

- a. Gestores municipais da saúde: Secretário Municipal de Saúde, Coordenador da APS, Referência Técnica Municipal em Hanseníase e Coordenador da Unidade de Saúde da APS.
- b. Profissionais de saúde da APS: médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde (ACS).
- c. Usuários: doentes de hanseníase.

Todas as versões do instrumento fazem a mesma abordagem das dimensões da APS, porém, alguns itens que compõem os construtos dos atributos essenciais e derivados da APS foram incluídos ou excluídos de acordo com a atribuição que é esperada de cada profissional. Além disso, cada questionário também possui um bloco específico para caracterização do entrevistado. É importante destacar que apesar do PCATool-Brasil ter versões destinadas somente aos profissionais de saúde – médicos e enfermeiros – e aos usuários – crianças de 0 a 2 anos e adultos – optamos, no “Instrumento de avaliação do desempenho da atenção primária nas ações de controle da hanseníase”, incluir o ACS pois a inserção desse profissional no desenvolvimento das ações de controle da hanseníase é preconizada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2008a) e pela Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2007a).

A Tabela 1 mostra a constituição inicial (número de itens) das versões do “Instrumento de avaliação do desempenho da atenção primária nas ações de controle da hanseníase”.

²² Os itens são considerados variáveis empíricas e estão diretamente relacionados a um construto. Portanto, consistem em características importantes e significativas do construto e fornecem informações qualitativas condensadas sobre o que deve ser avaliado (MENEZES, 2006).

Tabela 1 - Número de itens da primeira versão do instrumento

Construtos do instrumento	Itens do instrumento		
	Gestores	Profissionais de Saúde	Usuários
Caracterização do entrevistado	7	12	34
Porta de entrada	6	6	4
Acesso	37	37	39
Atendimento continuado	12	23	23
Integralidade dos serviços disponíveis e prestados	58	58	51
Coordenação	30	25	14
Orientação familiar	9	15	14
Orientação comunitária	16	16	12
Orientação profissional	4	6	0
Total de itens	179	198	191

Para a construção do cartão de respostas do instrumento, foi utilizada a escala de Likert com as mesmas opções de respostas do PCATool-Brasil crianças, adultos e profissionais (BRASIL, 2010d), que é fidedigna à escala utilizada no instrumento desenvolvido por Starfield e colaboradores (CASSADY *et al.*, 2000; SHI; STARFIELD; JIAHONG, 2001) : 1 (com certeza, não); 2 (provavelmente, não); 3 (provavelmente, sim); 4 (com certeza, sim); 9 (não sei/não lembro).

Para o cálculo dos escores dos atributos da APS, na etapa da pesquisa avaliativa, foi utilizada a mesma metodologia do PCAT-Brasil (BRASIL, 2010d).

3.2.2 Validação de face e conteúdo do instrumento

As três versões do “Instrumento de avaliação do desempenho da atenção primária nas ações de controle da hanseníase” foram apresentadas a um painel de especialistas para realizar a validação de face e conteúdo dos instrumentos. A validação de face compreende na avaliação qualitativa dos itens quanto à clareza e compreensão (HEREDIA, SÁNCHEZ, VARGAS; 2012) e a validação de conteúdo verifica a relevância dos itens propostos e sua representatividade em captar adequadamente o conceito que se deseja medir (POLIT, BECK, HUNGLER; 2004; SANCHEZ, ECHEVERRY; 2004), ou seja, determina o grau em que um instrumento reflete um domínio específico de conteúdo daquilo que é medido (HEREDIA, SÁNCHEZ, VARGAS; 2012). Na avaliação de conteúdo, também foram solicitados aos especialistas sugestões de inserção de novos itens no questionário caso as questões previamente elaboradas não estivessem retratando os aspectos fundamentais da atenção à

hanseníase na APS. Sendo assim, essa etapa verificou se o instrumento elaborado considerou todos os aspectos relevantes do conceito em estudo (HARZHEIM *et al.*, 2013).

O julgamento da adequação dos itens do instrumento foi realizado por dois comitês de especialistas, que foram selecionados segundo os seguintes critérios: ter experiência mínima de um ano na gestão, ensino ou assistência em hanseníase (profissionais captados por indicação da coordenação do Programa de Controle da Hanseníase do Estado de Minas Gerais) ou desenvolver pesquisas na área do conhecimento da hanseníase e/ou atenção primária à saúde (levantamento realizado na Plataforma *Lattes*). No total, o comitê de especialistas foi composto por 15 profissionais da área da saúde (três da gestão federal e estadual do programa de controle da hanseníase, sete professores universitários e cinco médicos e enfermeiros da atenção primária e secundária), sendo que 66,6% (n=10) possuem pós-graduação *stricto sensu* (oito doutores e dois mestres) e 26,7% (n=4) *lato sensu*.

Primeiramente, estes especialistas foram convidados a participarem do processo de validação (APÊNDICE A e C, páginas 243 e 245) e a avaliação de face e conteúdo dos itens do instrumento ocorreu presencialmente e por *e-mail*, nos meses de março e abril de 2012, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B – página 244).

No primeiro painel, cinco especialistas em hanseníase avaliaram a adequação dos itens do instrumento ao objeto de estudo ao responder a questão: “O conteúdo medido por esta questão é essencial/útil/não essencial para avaliar as características organizacionais e de desempenho dos serviços da atenção primária à saúde na atenção à hanseníase?” Os itens com menos de 80% de respostas afirmativas (essencial e útil) foram excluídos (PASQUALI, 1998).

Como foi inexpressiva a redução dos itens do questionário pelos especialistas em hanseníase uma vez que julgaram, positivamente, a relevância dos itens para a prática e para a investigação, foi necessário realizar um segundo painel. No segundo painel, realizado exclusivamente por *e-mail*²³, os *experts* avaliaram se o conteúdo do item estava adequadamente relacionado com o conceito teórico do respectivo atributo da APS. Para isso, responderam a seguinte questão: “O conteúdo da questão está relacionado com o atributo da atenção primária à saúde?”. As opções de resposta – (1) Não é adequado; (2) Muito pouco

²³ Foi enviado aos *experts* do segundo painel somente uma versão do “Instrumento de avaliação do desempenho da atenção primária nas ações de controle da hanseníase”, que continha todos os itens das três versões avaliadas no primeiro painel. As instruções para a realização do exame de face e de conteúdo estavam presentes no cabeçalho do instrumento e em cada construto foi colocado a definição dos atributos da APS conforme o Quadro 4.

adequado; (3) Pouco adequado; (4) Consideravelmente adequado e (5) Muito adequado - indicaram o grau de adequação da questão para avaliar as características organizacionais e de desempenho dos serviços de atenção primária à saúde no controle da hanseníase. Apesar das opções de resposta serem quantificáveis, optamos, nesse segundo painel, por realizar uma avaliação qualitativa de cada julgamento dos itens do questionário.

Para a avaliação dos itens quanto à clareza, à facilidade de leitura e compreensão, os juízes inseriram suas sugestões na própria pergunta e destacaram com uso da fonte em vermelho. No final do questionário também havia um espaço reservado para os *experts* realizarem as impressões. Após a exclusão dos itens inadequados e considerando as sugestões dos especialistas foi construída a segunda versão do “Instrumento de avaliação do desempenho da atenção primária nas ações de controle da hanseníase”, resumidamente descrita na Tabela 2.

Tabela 2 - Número de itens da segunda versão do instrumento

Construtos do instrumento	Itens do instrumento		
	Gestores	Profissionais de Saúde	Usuários
Caracterização do entrevistado	5	8	31
Informações sobre a atenção à saúde e à hanseníase no município	5	4	10
Porta de entrada	4	4	4
Acesso	13	13	13
Atendimento continuado	9	14	14
Integralidade dos serviços disponíveis e prestados	48	48	47
Coordenação	28	37	23
Orientação familiar	4	10	10
Orientação comunitária	22	18	11
Orientação profissional	7	9	0
Total de itens	145	165	163
Total de itens excluídos em relação à 1ª versão do instrumento	34	33	28

3.2.3 Pré-teste do instrumento

A versão do “Instrumento de avaliação do desempenho da atenção primária nas ações de controle da hanseníase” construída após a validação de face e conteúdo pelos especialistas foi submetida a um pré-teste no município de Betim, Minas Gerais. Esse cenário foi escolhido pela proximidade com Belo Horizonte e por já ter consolidado a descentralização das ações de controle da hanseníase na APS, inclusive com a presença de

uma rede de atendimentos na atenção secundária. Sanchez e Echeverry (2004) sugerem que para realizar a prova preliminar de ajuste do instrumento, os pesquisadores devem escolher um local que tenha características similares às do cenário de aplicação final do questionário.

O pré-teste teve como objetivo avaliar as características do formato do instrumento como a compreensão dos itens pelos participantes do estudo e a adequação dos itens do instrumento de acordo com a versão proposta, além do tempo requerido para a sua aplicação.

Para a realização dessa etapa da pesquisa, o projeto foi submetido para apreciação no Comitê de Ética da Prefeitura Municipal de Betim e teve o consentimento da Secretaria Municipal de Saúde (ANEXO A). Para que se procedesse à coleta de dados, a Secretaria Municipal de Saúde de Betim encaminhou ofícios às unidades de saúde informando sobre a pesquisa e a data da visita dos pesquisadores. A coleta de dados ocorreu nos meses de junho e julho de 2012 e foi estabelecida a aplicação de 30 questionários de cada versão – gestores, profissionais (que engloba médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde) e usuários de hanseníase.

O instrumento foi aplicado mediante entrevista, que foi conduzida pela própria pesquisadora e por duas enfermeiras, previamente treinadas, que atuam no grupo de pesquisa. A coleta dos dados com gestores e profissionais de saúde da APS – médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde – foi realizada no ambiente de trabalho, marcada em um horário de acordo com a disponibilidade de cada profissional, em um local reservado para não ocorrerem interrupções e garantir a privacidade do informante. O tempo de aplicação do questionário variou entre 60 a 90 minutos.

Para a coleta dos dados com os usuários, foi realizado um levantamento no SINAN dos casos de hanseníase diagnosticados nos anos de 2010 a 2012 por unidade de saúde. Foram excluídos os doentes menores de 18 anos, adultos portadores de problemas especiais, doentes que estavam em regime prisional e que residiam na zona rural. Os agentes comunitários de saúde fizeram o convite ao paciente de hanseníase para participar da pesquisa (APÊNDICE D – página 246), e aqueles que aceitaram, os pesquisadores entraram em contato com o mesmo para o agendamento da entrevista, que foi realizada na residência ou na unidade de saúde. Todos os sujeitos participaram do pré-teste do instrumento mediante a assinatura do TCLE (APÊNDICE E e F – páginas 247 e 248). Os usuários tiveram dificuldades no entendimento do cartão de respostas e, para facilitar a compreensão do enunciado de algumas questões, foi necessário os entrevistadores darem exemplos de algumas situações, como alguns procedimentos realizados no atendimento da hanseníase - palpação de nervos periféricos, teste de sensibilidade quente/frio, teste de sensibilidade dos olhos, mãos e pés - que são descritos

no bloco de Integralidade dos Serviços Prestados. Devido a essas situações e também pela dificuldade encontrada em compreender as perguntas devido ao grau de escolaridade, a aplicação do questionário de usuários levou, em média, 2 horas.

Na primeira aplicação do instrumento versão profissionais para um ACS, verificamos a inadequação do conteúdo e da linguagem dessa versão, principalmente do construto Integralidade dos Serviços Prestados e Coordenação. Essa inadequação também não foi evidenciada pelo painel de especialistas. A partir desse resultado, optamos em construir uma versão do instrumento específico para os agentes comunitários de saúde. A modificação dos construtos citados acima foi pautada nas atribuições dos ACS que estão presentes na Linha-Guia Hanseníase (MINAS GERAIS, 2007a) e em manuais e cartilhas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008a; BRASIL, 2008b). O número de itens do instrumento destinado ao ACS está descrito na Tabela 3.

Tabela 3 - Número de itens da versão do instrumento destinada ao Agente Comunitário de Saúde

Construtos do instrumento	ACS
Caracterização do entrevistado	7
Informações sobre a atenção à saúde e à hanseníase no município	4
Porta de entrada	4
Acesso	13
Atendimento continuado	13
Integralidade dos serviços disponíveis e prestados	25
Coordenação	4
Orientação familiar	9
Orientação comunitária	12
Orientação profissional	3
Total de itens	94

Sendo assim, foi realizado o pré-teste de quatro versões do “Instrumento de avaliação do desempenho da atenção primária nas ações de controle da hanseníase” destinadas para:

- Gestores municipais da saúde: Secretário Municipal de Saúde, Coordenador da APS, Referência Técnica Municipal em Hanseníase e Coordenador da Unidade de Saúde da APS;
- Profissionais médicos e enfermeiros;
- Agentes comunitários de saúde;
- Usuários: sujeitos que tem ou tiveram hanseníase.

Foi utilizado um cartão de respostas (APÊNDICE G – página 249) que possui 5 opções: 1 (com certeza, não); 2 (provavelmente, não); 3 (provavelmente, sim); 4 (com certeza, sim); 9 (não sei/não lembro). Durante a aplicação dos questionários, os pesquisadores realizaram anotações sobre dúvidas no entendimento de palavras e enunciados.

Participaram do estudo piloto 31 gestores, 37 médicos e enfermeiros e 50 agentes comunitários de saúde que foram orientados a responderem as questões do instrumento baseados na realidade do cenário a que estavam inseridos. Em relação aos usuários, devido a mudanças de endereço e telefones, houve dificuldade em conseguir alcançar a amostra pré-estabelecida, que seria 30 pacientes, por isso, tivemos que incluir os pacientes notificados no ano de 2009. Acreditamos que o viés de memória dos pacientes diagnosticados em 2009 poderia estar minimizado uma vez que o tratamento da hanseníase exige vários contatos na unidade de saúde, que pode variar entre 6 a 12 meses. No total, participaram do pré-teste 23 usuários, que responderam os itens do instrumento de acordo com o atendimento recebido no período que realiza(ou) o tratamento da hanseníase e foram estimulados a apontar qualquer dificuldade no entendimento das perguntas, bem como da escala de respostas.

Os dados coletados foram lançados em uma única entrada no *software* EPI-INFO versão 7, que foi utilizado para organização do banco de dados e para análise descritiva-exploratória das variáveis.

A avaliação dos instrumentos aplicados no pré-teste foi realizada em uma reunião do grupo de pesquisa em hanseníase da Escola de Enfermagem da UFMG, nos dias 17 e 18 de julho de 2012, que contou com a presença de seis integrantes desse grupo²⁴, sendo que três participaram da coleta de dados do pré-teste, e de uma pesquisadora convidada devido à sua experiência na validação do PCATool-Brasil. Nesse grupo foi discutido cada versão do instrumento, a análise descritiva de cada item para verificar a variabilidade das respostas e os aspectos facilitadores e dificultadores da aplicação dos questionários. A elaboração das versões finais do instrumento, descrita na Tabela 4, foi pautada em uma avaliação qualitativa dos itens: se eles realmente refletiam os conceitos envolvidos, se eram relevantes, se eram compreensíveis e se estavam adequados para atingir os objetivos propostos.

A versão construída após o pré-teste foi considerada adequada para aplicação nos municípios mineiros do *cluster* 6 – Almenara, Governador Valadares e Teófilo Otoni – para validação de construto, confiabilidade e fidedignidade.

²⁴ Participaram da reunião a pesquisadora principal desse estudo, uma doutoranda, uma mestranda, duas enfermeiras bolsistas de apoio técnico e um bolsista de iniciação científica.

Tabela 4 - Número de itens da versão do instrumento obtida após o estudo piloto

Construtos do instrumento	Itens do instrumento			
	Gestores	Médicos e Enfermeiros	ACS	Usuários
Caracterização do entrevistado	7	10	7	30
Informações atenção à hanseníase no município / Grau de afiliação	4	4	4	7
Porta de entrada	4	4	4	4
Acesso	8	10	10	10
Atendimento continuado	4	10	10	11
Integralidade dos serviços disponíveis e prestados	23	23	23	43
Coordenação	24	29	4	19
Orientação familiar	3	9	8	9
Orientação comunitária	12	7	5	6
Orientação profissional	6	4	2	0
Total de itens	95	110	77	139
Total de itens excluídos em relação à 2ª versão do instrumento	50	55	17	24

3.2.4 Validação de construto, confiabilidade e fidedignidade

Esta etapa da pesquisa seguiu a metodologia utilizada por Harzheim e colaboradores na validação do PCATool-Brasil crianças (HARZHEIM *et al.*, 2006a) e usuários adultos (HARZHEIM *et al.*, 2006b).

A primeira etapa para avaliar as características psicométricas²⁵ de um instrumento de medida é realizar a validação de construto, por meio da análise fatorial exploratória, que identificará os agrupamentos das variáveis (construtos) e reduzirá um conjunto de dados de um questionário a um tamanho que mantém o máximo de informação possível (FIELD, 2009).

Pela lógica da elaboração do instrumento, a verificação da hipótese da legitimidade da representação dos construtos se faz por análises do tipo da análise fatorial, que procura identificar, nos dados empíricos, os construtos previamente operacionalizados no instrumento (PASQUALI, 2009; p. 996).

Após determinar os itens que compõem um instrumento, o próximo passo é realizar a análise de confiabilidade, que mede a consistência de um questionário, ou seja, determina se a escala reflete, consistentemente, o construto que está medindo (FIELD, 2009). Para isso,

²⁵ A psicometria procura explicar o sentido que têm as respostas dadas pelos sujeitos a uma série de tarefas, tipicamente chamadas de itens (PASQUALI, 2009; p. 993).

existem duas técnicas estatísticas que medem a precisão de um instrumento: uma relacionada ao próprio instrumento - consistência interna pelo alfa de Cronbach - e outra relacionada à estabilidade e ao tempo de aplicação – confiabilidade/fidedignidade de teste-reteste (SANCHEZ, ECHEVERRY, 2004; FIELD, 2009).

3.2.4.1 Cenário de estudo e período de coleta de dados

A distribuição espacial dos casos de hanseníase notificados no Brasil entre 2007 e 2009 delimitou a existência de 26 *clusters* correspondentes às áreas de maior risco (BRASIL, 2010a). O *cluster* 6 engloba 138 municípios dos estados da Bahia, Espírito Santo e Minas Gerais, sendo 73 municípios nesse último estado²⁶. Para Sarno e colaboradores (2008), a definição destes *clusters* evidencia que a distribuição geográfica da endemia no Brasil é orientada por diversos fatores inclusive pelo desempenho dos serviços de saúde nas ações de controle da doença.

Considerando a importância dos municípios mineiros do *cluster* 6 na manutenção da endemia hanseníase no Estado e no País, o cenário escolhido para essa pesquisa foram os municípios de Almenara, Teófilo Otoni e Governador Valadares. Esses municípios foram selecionados uma vez que possuem unidades da atenção secundária que funcionam como referência municipal e microrregional no atendimento à hanseníase, no entanto, com especificidades na integração das ACH na APS, o que os tornam heterogêneos na dinâmica de enfrentamento da doença. Dessa forma, este estudo possui um cenário favorável para avaliar em que medida e extensão os atributos da APS – porta de entrada, acesso, atendimento continuado, integralidade dos serviços, coordenação, orientação familiar, orientação comunitária e orientação profissional - estão sendo alcançados na atenção à hanseníase.

As características dos municípios do estudo, incluindo os dados epidemiológicos e operacionais da hanseníase do ano de 2011, estão descritas no Quadro 5.

²⁶ Municípios mineiros do cluster 6: Águas Formosas; Aimorés; **Almenara**; Alpercata; Alvarenga; Ataléia; Bandeira; Bertópolis; Campanário; Capitão Andrade; Caraí; Carlos Chagas; Catuji; Central de Minas; Conselheiro Pena; Crisólita; Cuparaque; Divino das Laranjeiras; Felisburgo; Franciscópolis; Frei Gaspar; Frei Inocêncio; Fronteira dos Vales; Galiléia; Goiabeira; **Governador Valadares**; Itabirinha; Itaipé; Itambacuri; Itanhom; Itaobim; Itueta; Jacinto; Jampruca; Jequitinhonha; Joáima; Jordânia; Ladainha; Machacalis; Malacacheta; Mantena; Marilac; Mendes Pimentel; Monte Formoso; Nanuque; Nova Belém; Nova Módica; Novo Cruzeiro; Novo Oriente de Minas; Ouro Verde de Minas; Padre Paraíso; Palmópolis; Pavão; Pescador; Ponto dos Volantes; Poté; Resplendor; Rio do Prado; Rubim; Salto da Divisa; Santa Helena de Minas; Santa Maria do Salto Santa Rita do Itueto; Santo Antônio do Jacinto; São Félix de Minas; São Geraldo do Baixio; São João do Manteninha; São José do Divino; Serra dos Aimorés; **Teófilo Otoni**; Tumiritinga; Umburatiba; Mathias Lobato.

Quadro 5 – Características do cenário de estudo no ano de 2011

Características	Almenara	Governador Valadares	Teófilo Otoni
População*	38.775	263.689	134.745
Índice de Desenvolvimento Humano Municipal**	0,642	0,727	0,701
Distância de Belo Horizonte	723 km	316 km	450 km
Número de equipes de ESF***	9	35	16
Percentual de cobertura ESF em 2010***	81,1	46	42,3
Número de casos novos de hanseníase	20	118	14
Taxa detecção de hanseníase/ 100.000 habitantes	51,23	44,54	10,36
Percentual de multibacilares	85	55,9	50
Número casos novos menores de 15 anos	1	11	0
Percentual de grau 2 de incapacidade física no diagnóstico	10	3,4	21,4
Percentual de avaliação do grau de incapacidade no diagnóstico	100	100	100
Percentual de avaliação do grau incapacidade na cura	84,6	96,9	100
Percentual de contatos examinados	74,6	68,3	80
Percentual de cura nas coortes	95,5	78,7	96,6

Fonte:

*Censo 2010 IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

** IBGE Cidades@.

*** Sala de situação do Ministério da Saúde.

Dados epidemiológicos e operacionais da hanseníase: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, Coordenadoria de Controle da Hanseníase.

Optamos por realizar a coleta de dados em 100% das unidades de APS (ESF, EACS e Centros de Saúde tradicionais) dos municípios do estudo, descritos no Quadro 6.

Quadro 6 - Constituição da APS nos municípios do estudo no ano de 2012

Municípios do estudo	Número de equipes da APS			
	ESF	EACS	Centros de Saúde	Total
Almenara	9	0	0	9
Governador Valadares	35	4	0	39
Teófilo Otoni	8	24	4	36

Esta pesquisa teve dois momentos de coleta de dados. O primeiro momento – teste (validação de construto) – foi realizada a coleta de dados em todas as unidades de saúde da APS e no segundo momento – reteste (análise da fidedignidade) – foi realizada com, no mínimo, 30 dias após o término de toda a coleta do teste e em 10% da amostra dos participantes do estudo. O Quadro 7 mostra os respectivos períodos de coleta de dados por município.

Quadro 7 - Período de coleta de dados da pesquisa

Municípios do estudo	Período de coleta de dados			
	Teste		Reteste	
	Início	Fim	Início	Fim
Almenara	31/07/12	08/08/12	10/09/12	12/09/12
Teófilo Otoni	20/08/12	14/09/12	29/10/12	01/11/12
Governador Valadares	15/10/12	14/11/12	10/12/12	14/12/12

3.2.4.2 Participantes do estudo e Amostra

Para a avaliação do desempenho da APS na realização das ações de controle da hanseníase, todos os gestores municipais, profissionais médicos e enfermeiros que atuam em unidades de APS, agentes comunitários de saúde e usuários²⁷ que realizaram o tratamento da hanseníase em unidades de APS foram convidados a participarem do estudo. Os critérios de inclusão e de exclusão para participação no estudo estão descritos na Figura 4.

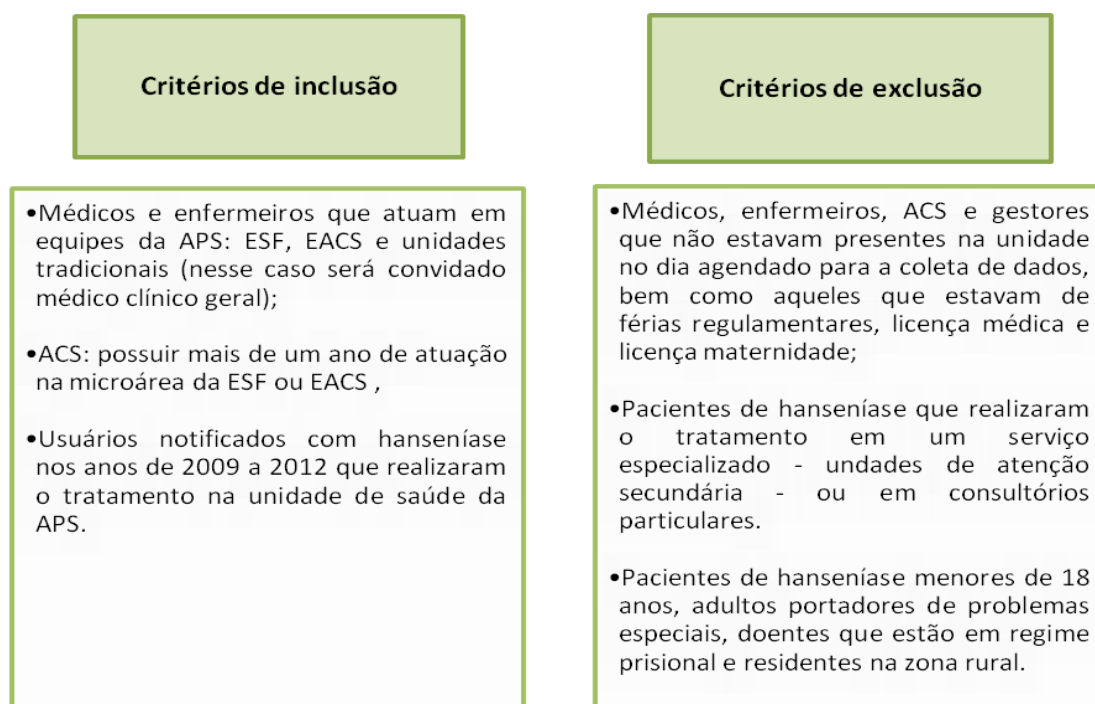


Figura 4 - Critérios de inclusão e exclusão para participação na pesquisa

²⁷ Somente foram convidados a participarem do estudo os usuários com hanseníase que realizaram o tratamento em unidades de atenção primária à saúde uma vez que o instrumento foi formulado segundo as ações de controle desempenhadas nesse nível de atenção. Segundo Starfield (2002), apesar de que a APS e os outros níveis de atenção compartilham os mesmos atributos, há diferenças significativas na maneira como os atributos são operacionalizados.

A amostra final da pesquisa está descrita na Tabela 5 e as perdas na Tabela 6.

Tabela 5 - Amostra da pesquisa estratificada por município. Almenara, Teófilo Otoni, Governador Valadares, 2012.

Municípios	Participantes do estudo					Total
	Gestores	Médicos	Enfermeiros	ACS	Usuários	
Almenara	2	6	8	54	24	94
Teófilo Otoni	7	12	27	144	--	190
Governador Valadares	5	27	44	182	7	265
Total	14	45	79	380	31	549

Tabela 6 - Número perdas* de participantes na pesquisa estratificada por município. Almenara, Teófilo Otoni, Governador Valadares, 2012.

Municípios	Perdas - Participantes do estudo				Total
	Gestores	Médicos	Enfermeiros	ACS	
Almenara	--	1	2	28	31
Teófilo Otoni	--	9	7	52	68
Governador Valadares	--	7	--	80	87
Total	--	17	9	160	186

*Recusa em participar da pesquisa, férias regulamentares, licença médica e licença maternidade. No caso dos ACS, também foi contabilizado os profissionais que tinham menos de 1 ano de atuação na microárea.

3.2.4.3 Instrumentos de coleta de dados

As versões do “Instrumento de avaliação do desempenho da atenção primária nas ações de controle da hanseníase” utilizadas na coleta de dados dos municípios de Almenara, Teófilo Otoni e Governador Valadares estão no Apêndice H (página 250). O cartão de respostas utilizado na coleta de dados com os gestores, profissionais e ACS foi o mesmo utilizado no pré-teste em Betim (APÊNDICE G). Porém, na fase de pré-teste, verificamos que o cartão de respostas estava muito complexo para os usuários, portanto, fizemos um novo cartão que possui uma escala de cores para avaliar a escala Likert (APÊNDICE I – p. 278).

3.2.4.4 Procedimentos de coleta de dados

Foi construído um manual de coleta de dados para capacitar os pesquisadores que conduziram a coleta nos municípios do estudo - pesquisadora principal e duas enfermeiras, bolsistas de apoio técnico, que atuam no grupo de pesquisa. Esse manual possui informações sobre os procedimentos para a entrada no campo, coleta de dados, materiais do Kit de coleta²⁸, atuação do pesquisador, deveres e responsabilidades do entrevistador e orientações para o preenchimento de todas as versões do instrumento.

No primeiro dia de coleta de dados em cada município, os pesquisadores reuniram-se com o Coordenador da APS e Referência Técnica de Hanseníase para fornecer informações sobre a pesquisa, principalmente os objetivos e a metodologia de validação do instrumento (etapas de teste e reteste) e realizar o planejamento da coleta de dados por unidade de saúde.

O questionário foi aplicado mediante uma entrevista, que foi conduzida pela equipe responsável pela coleta de dados (três entrevistadores), e os pesquisadores utilizaram um diário de campo para anotar os comentários realizados pelos participantes do estudo durante o processo de aplicação do questionário. Todos os sujeitos participaram do estudo mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE L – página 280).

A coleta dos dados com gestores e profissionais de saúde da APS – médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde – foi realizada no ambiente de trabalho, marcada em um horário de acordo com a disponibilidade de cada profissional, em um local reservado para não ocorrerem interrupções e garantir a privacidade do informante. O tempo de aplicação do questionário variou entre 30 a 60 minutos. Na realização da entrevista, caso o participante do estudo da categoria profissionais de saúde e agentes comunitários de saúde não tivesse atendido caso de hanseníase na atual unidade de saúde/microárea, alguns itens do instrumento não eram respondidos e esses foram codificados como “88 – não se aplica” (*missings*).

Para a coleta dos dados com os usuários, foi realizado um levantamento no SINAN dos casos de hanseníase diagnosticados nos anos de 2009 a 2012 por unidade de saúde. Foram excluídos os doentes menores de 18 anos, adultos portadores de problemas especiais, doentes que estão em regime prisional e que residem na zona rural. Os agentes comunitários de saúde fizeram o convite ao paciente de hanseníase para participar da pesquisa (APÊNDICE J – p. 279), e aqueles que aceitaram, os pesquisadores entraram em contato com os mesmos para o agendamento da entrevista, que foi realizada na residência ou na unidade de saúde.

²⁸ Portarias do Ministério da Saúde – 3125 e 594 (BRASIL, 2010b; BRASIL, 2010c), Cartilha do ACS (BRASIL, 2008b), estesiômetro, escala de Snellen, algodão, tubo de ensaio.

3.2.4.5 Tratamento e análise dos dados

Os dados foram digitados no *software* EPI-INFO (versão 7), com entrada duplicada, realizada por dois pesquisadores diferentes, para garantir a consistência do banco de dados. Para assegurar a confiabilidade das informações, foi realizada uma análise de consistência das duas entradas, utilizando o comando “*data compare*” do *software* EPI-INFO (versão 3.5.3).

Após a entrada dos dados, foi realizada a inversão de valores de alguns itens – descritos no Quadro 8 – que foram formulados de maneira que quanto maior o valor atribuído na resposta, menor é a orientação para APS. Logo, esses itens devem ter seus valores invertidos para: (valor 4=1), (valor 3=2), (valor 2=3) e (valor 1=4)²⁹ (BRASIL, 2010d).

Quadro 8 - Itens que tiveram inversão dos valores da resposta em cada versão do instrumento

Versões do instrumento	Itens que tiveram inversão dos valores da resposta
Gestores	D.3, D.4, D.5, G.4
Médicos e Enfermeiros	D.3, D.4, D.5, D.10, G.12, G.13
ACS	D.3, D.4, D.5, D.10
Usuários	D.3, D.4, D.5, D.9, G.4, G.5

O *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows 17* foi utilizado para as análises estatísticas.

3.2.4.5.1 Análise estatística – Validação de construto: Análise Fatorial Exploratória

O objetivo da análise fatorial exploratória é examinar os itens e sua carga fatorial para chegar à versão definitiva do instrumento. Avalia-se a permanência, transferência ou exclusão de itens de cada construto. A análise fatorial exploratória é realizada “para observar se os itens que constituem um atributo teórico apresentam convergência empírica, representando o constructo teórico que se quer medir (validade fatorial)” (HAUSER *et al.*, 2013, p.247). Os passos da análise fatorial exploratória estão descritos na Figura 5.

²⁹ Exemplo: Item D.3 do instrumento versão ACS: “Os usuários da sua microárea tem dificuldade de deslocamento até a unidade de saúde da APS?”. Nesse caso, uma resposta “com certeza, sim”, que possui um valor 4 na escala Likert, precisa ser modificado para o valor 1, pois ter dificuldade de deslocamento até a unidade de saúde significa uma dificuldade no acesso, portanto, uma baixa orientação para a APS.

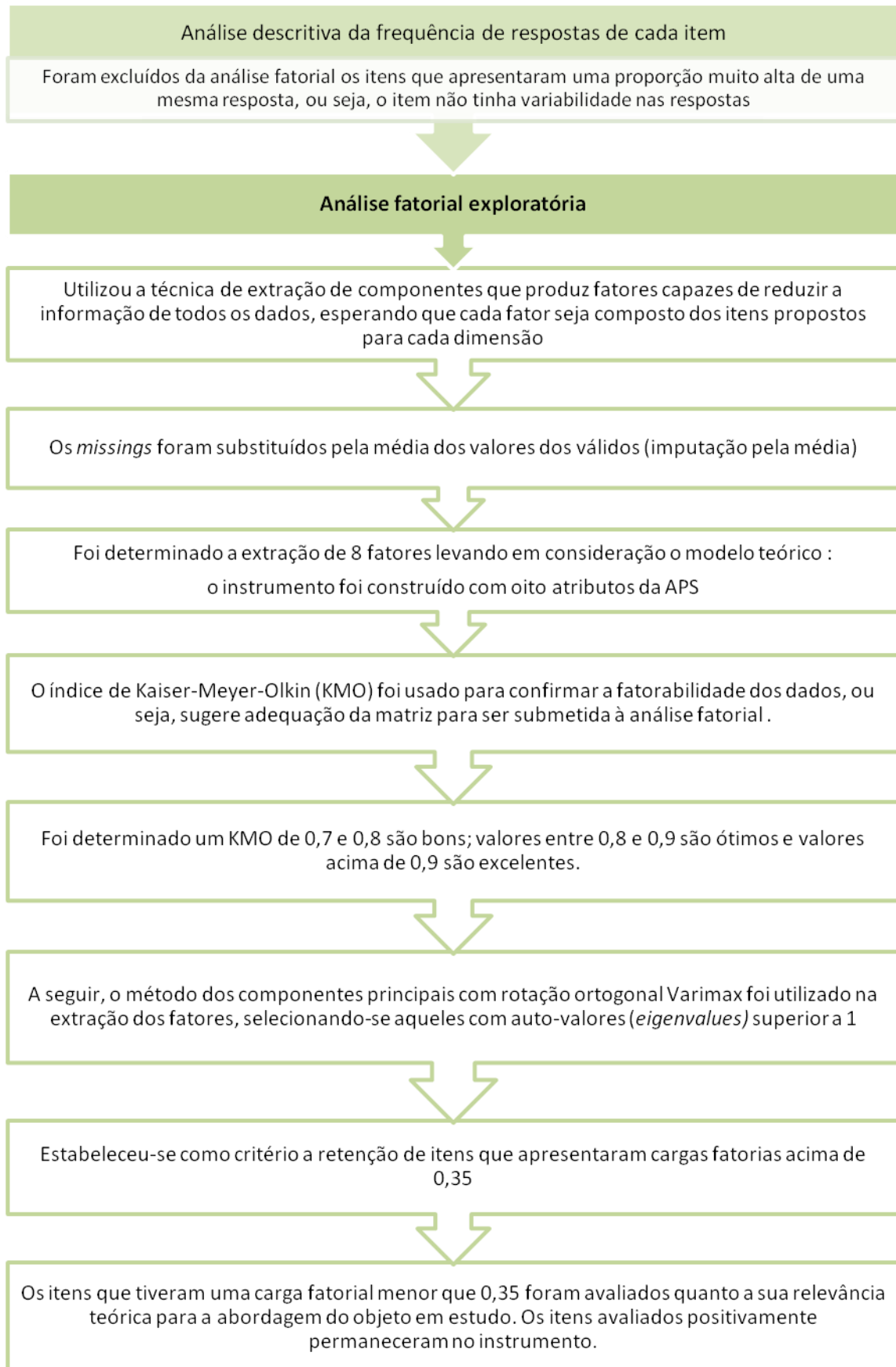


Figura 5: Passos da análise fatorial exploratória do “Instrumento de avaliação do desempenho da atenção primária nas ações de controle da hanseníase”

3.2.4.5.2 Análise estatística – Análise da Consistência Interna: Alfa de Cronbach

Uma pesquisa que utiliza instrumentos de medida deve determinar a precisão da medição utilizando o coeficiente alfa de Cronbach (CRONBACH, 1951): “as análises consistem em verificar a consistência interna dos itens que compõem o teste. Trata-se, portanto, de uma estimativa da precisão” (PASQUALI, 2009; p.998).

O alfa de Cronbach é uma ferramenta estatística que quantifica, numa escala de 0 a 1, a confiabilidade de um questionário. Os valores recomendados para o alfa de Cronbach são entre 0,7 e 0,9 (70% a 90%). Baixos valores sugerem que a escala não é homogênea (FIELD, 2009), ou seja, não apresenta qualquer consistência em diferentes condições de utilização (SANCHEZ; ECHEVERRY, 2004).

Foi realizada a análise da consistência interna de cada item, de cada atributo do instrumento e da medida geral. Considerou-se, para o exame da consistência interna, um valor de alfa para a medida como um todo de, no mínimo 0,70 (FIELD, 2009).

3.2.4.5.3 Análise estatística – Confiabilidade teste-reteste

Segundo Raymundo (2009, p. 88-89):

A fidedignidade de um teste ou de qualquer outro instrumento de medida, que apresenta resultados consistentes daquilo que pretende medir, é condição necessária para a validade. É geralmente expressa por alguma forma de coeficiente. A fidedignidade de um teste, por exemplo, indica até que ponto as diferenças nos escores são decorrentes de variações na característica examinada e não de erros casuais. Ela também se refere à estabilidade dos resultados de um teste, ou seja, ao grau de consistência e precisão dos escores. Operacionalmente, a fidedignidade pode ser definida como o coeficiente de correlação entre, pelo menos, duas medidas. Existem diferentes métodos para calculá-la. Entre eles, podemos citar o método do teste-reteste e o método das metades. O primeiro método é também conhecido como coeficiente de estabilidade e refere-se à estabilidade do examinando. O índice é obtido através da correlação dos escores de um teste com os escores de uma segunda aplicação deste aos mesmos sujeitos. Nesse caso, a variância do erro corresponde às flutuações aleatórias do desempenho do examinando.

Para a avaliação fidedignidade do instrumento, optamos por utilizar o método do teste-reteste. Foi realizada a reaplicação (reteste) do instrumento em 10% da amostra após, no mínimo, 30 dias do término da coleta de dados (teste) em cada município. Essa metodologia também foi utilizada na validação do PCATool-Brasil versão criança (HARZHEIM *et al.*, 2006a), usuários adulto (HARZHEIM *et al.*, 2006b; HARZHEIM *et al.*, 2013) e profissionais (HAUSER *et al.*, 2013).

O teste de Wilcoxon é um método não-paramétrico para comparação de duas amostras pareadas: os escores obtidos no teste são comparados aos escores obtidos no reteste. O objetivo do teste de Wilcoxon é comparar as performances de cada sujeito no sentido de verificar se existem diferenças entre os seus resultados nas duas situações (FIELD, 2009; POCINHO, 2010). Como se pretende testar que os escores obtidos pelo instrumento em dois momentos diferentes são idênticos, a hipótese de igualdade é que a média das diferenças entre as observações será nula. Se o valor de p for menor do que 0,05, os dois grupos são significativamente diferentes (FIELD, 2009).

O coeficiente de correlação intraclassa (ICC) foi utilizado para a análise da confiabilidade no critério da estabilidade da medida dos itens utilizados na obtenção do construto de interesse - Orientação da APS na realização das Ações de Controle da Hanseníase - nos dois momentos da coleta. Os parâmetros utilizados na interpretação dos resultados do ICC foram: valores acima de 0,75 mostram repetibilidade excelente; valores entre 0,40-0,75, repetibilidade moderada/satisfatória e valores abaixo de 0,40 mostram repetibilidade pobre (MENZ *et al.*, 2004).

3.3 Pesquisa avaliativa – segunda etapa do estudo

Essa etapa da pesquisa teve como objetivo avaliar a presença e a extensão dos atributos da APS no controle da hanseníase nos municípios de Almenara, Teófilo Otoni e Governador Valadares, que ao pertencer ao *cluster* 6 da hanseníase, possui uma importância na manutenção da endemia no Estado e no País.

O cenário, período de coleta de dados e amostra foi o mesmo da etapa de validação de construto, confiabilidade e fidedginidade do “Instrumento de avaliação do desempenho da atenção primária nas ações de controle da hanseníase”.

Para realizar o cálculo dos escores dos atributos da APS na atenção hanseníase foi preciso finalizar a etapa de validação dos instrumentos. A Tabela 7 mostra os itens do “Instrumento de avaliação do desempenho da atenção primária nas ações de controle da hanseníase” (de acordo com a versão do Apêndice H– página 250) que foram validados e assim constituíram os itens para a análise dos escores.

Tabela 7 - Itens validados do “Instrumento de avaliação do desempenho da atenção primária nas ações de controle da hanseníase” nas versões gestores, médicos/enfermeiros, ACS e usuários

Construtos do instrumento	Versões do instrumento			
	Gestores	Profissionais de Saúde	ACS	Usuários
Porta de entrada	C.1, C.2, C.3, C.4	C.1, C.2, C.3, C.4	C.1, C.2, C.3, C.4	C.1, C.2, C.3, C.4
Acesso	D.1, D.2, D.3, D.4, D.5, D.6, D.8	D.1, D.2, D.3, D.4, D.5, D.6, D.8, D.9, D.10	D.2, D.3, D.4, D.5, D.6, D.8, D.9, D.10	D.1, D.2, D.3, D.4, D.5, D.6, D.8, D.9, D.10
Atendimento continuado	E.1, E.2, E.3	E.1, E.2, E.3, E.4, E.5, E.6, E.7, E.8, E.9, E.10, G.6	E.1, E.2, E.4, E.6, E.7, E.8, E.9, E.10	E.1, E.2, E.3, E.4, E.5, E.6, E.7, E.8, E.9, E.10, E.11, G.1, G.2
Integralidade dos serviços disponíveis	F.1, F.2, F.3, F.4, F.5, F.6, F.7, F.8, F.9, F.10, F.11, F.12, F.13, F.14, F.15, F.16, F.17	F.1, F.2, F.3, F.4, F.5, F.6, F.7, F.8, F.9, F.10, F.11, F.12, F.13, F.14, F.15, F.16, F.17	F.1, F.2, F.3, F.4, F.5, F.6, F.7, F.8, F.9, F.10, F.11, F.12, F.13, F.14, F.16	F.1, F.2, F.3, F.4, F.5, F.6, F.7, F.8, F.9, F.10, F.11, F.12, F.13, F.14, F.15, F.16, F.17
Integralidade dos serviços prestados	F.18, F.19, F.20, F.21, F.22, F.23	F.18, F.19, F.20, F.21, F.22, F.23	F.17, F.18, F.19, F.20, F.21, F.22	F.18, F.19, F.20, F.21, F.22, F.23, F.24, F.25, F.26, F.27, F.28, F.29, F.30, F.31, F.32, F.33, F.34, F.35, F.36, F.37, F.38, F.39, F.40, F.41, F.42, F.43
Coordenação	G.1, G.2, G.3, G.5, G.6, G.7, G.8, G.9, G.11, G.12, G.13, G.14, G.15	G.2, G.3, G.4, G.5, G.8, G.10, G.14, G.16, G.17, G.18, G.19, G.20	----	G.6, G.7, G.8, G.9
Orientação familiar	H.1, H.2, H.3	H.1, H.2, H.3, H.4, H.5, H.6, H.7, H.8, H.9	G.4, H.1, H.2, H.3, H.4, H.5, H.6, H.7, H.8	H.1, H.2, H.3, H.4, H.5, H.6, H.7, H.8, H.9, I.2
Orientação comunitária	I.1, I.3, I.4, I.5, I.6, I.7, I.8, I.9, I.10, I.11, I.12	I.1, I.3, I.5, I.6, I.7,	I.3, I.4, I.5, I.6	I.3, I.4, I.5, I.6
Orientação profissional	J.1, J.2, J.3, J.4, J.5, J.6	J.2, J.3, J.4	J.1, J.2, G.3	----
Total de itens	70	76	57	87

Para o cálculo dos escores, seguimos os passos da metodologia proposta no manual do PCATool-Brasil (BRASIL, 2010d). Como a construção do “Instrumento de avaliação do desempenho da atenção primária nas ações de controle da hanseníase” foi fundamentado nos componentes do *Primary Care Assessment Tool* infantil e adulto adaptados e validados para o contexto brasileiro (BRASIL, 2010d), este também produzirá escores de cada atributo da APS e um escore geral sobre a qualidade de atenção da hanseníase na APS.

1º Passo para o cálculo dos escores: Realizamos a frequência das respostas de cada item do questionário e atentamos para o percentual de *missings* (resposta 9 e 88). Nos itens que tiveram menos de 50% de *missings* houve a transformação do valor “9” (não sei/não lembro) para o valor “2” (provavelmente não). Essa transformação é necessária para pontuar negativamente algumas características do serviço de saúde que não são conhecidas pelo entrevistado (BRASIL, 2010d). Os itens que tiveram mais de 50% das respostas “9” e “88” (*missings*) foram excluídos da análise do escore do atributo a qual pertencem se mais de 50% dos itens que formam aquele atributo tiveram respostas válidas. Se mais de 50% dos itens que formam um atributo tiveram mais de 50% de *missings*, não foi calculado o escore desse atributo. O escore desse atributo ficou em branco (“*missing*”) no banco de dados.

2º Passo: Cálculo dos escores.

Os **escores para cada atributo da APS** foram calculados pela média dos valores das respostas dos itens que compõem cada atributo ou seu componente. Por exemplo: o atributo porta de entrada possui quatro itens, portanto, para calcular seu escore, teve-se que somar os itens (C1 + C2 + C3 + C4) e dividir o resultado por 4. O escore de cada atributo representa a sua medida e extensão na atenção à hanseníase.

$$\text{Escore do Atributo Porta de Entrada: } C1 + C2 + C3 + C4 / 4$$

Para transformar os escores de cada atributo ou componente em uma escala de 0 a 10 foi utilizada a seguinte fórmula:

$$[\text{escore obtido} - 1 (\text{valor mínimo})] \times 10 / 4 (\text{valor máximo}) - 1 (\text{valor mínimo})$$

O **escore essencial da APS** foi medido pela soma do escore médio dos componentes que pertencem aos atributos essenciais – porta de entrada, acesso, atendimento continuado, integralidade dos serviços disponíveis e prestados e coordenação (mais Grau de Afiliação – no caso da versão usuários) dividido pelo número de componentes.

Soma dos Componentes dos Atributos essenciais / número de componentes

O **escore derivado da APS** foi medido pela soma do escore médio dos componentes que pertencem aos atributos derivados – orientação familiar, orientação comunitária e orientação profissional - dividido pelo número de componentes.

Soma dos Componentes dos Atributos derivados / número de componentes

O **escore geral** foi medido pela soma do escore médio dos componentes que pertencem aos atributos essenciais (mais Grau de Afiliação – no caso da versão usuários) somado aos atributos derivados dividido pelo número total de componentes. O escore geral representa o desempenho geral da APS no controle da hanseníase.

Componentes dos Atributos Essenciais + Componentes dos Atributos Derivados /
número total de componentes

Para avaliar o resultado dos escores, definimos utilizar a mesma padronização do PCATool-Brasil (BRASIL, 2010d), que determina:

- a) **Escore igual ou acima de 6,6:** indica alta orientação do serviço para a APS. No caso desta pesquisa, significará que o serviço está orientado para realizar as ACH na APS.
- b) **Escore abaixo de 6,6:** indica que o serviço possui baixa orientação para a APS. No caso dessa pesquisa, significará que o serviço possui fragilidades em realizar as ACH na APS.

O *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows* versão 17 foi utilizado para o tratamento estatístico.

A verificação da normalidade dos dados foi realizada pelo teste de *Shapiro Wilk*. Como a análise de normalidade dos dados resultou em um valor de p inferior a 0,05, foram utilizados testes não-paramétricos para as comparações.

A estatística descritiva foi utilizada para a caracterização da amostra e para a descrição do desempenho³⁰ dos serviços da APS na atenção à hanseníase nos municípios de Almenara, Teófilo Otoni e Governador Valadares:

- a. Medidas de tendência central: média e mediana;
- b. Medidas de posição: valor mínimo, 1º quartil, 3º quartil e valor máximo;
- c. Medidas de dispersão: desvio padrão e amplitude interquartil.

Para a comparação dos escores entre os informantes (médicos/enfermeiros e agentes comunitários de saúde) que atenderam e não atenderam usuário de hanseníase no serviço de saúde foi utilizado o teste de *Mann-Whitney*³¹, adotando-se 5% como nível crítico para a rejeição da hipótese nula.

O teste de *Kruskal-Wallis*³² foi utilizado para comparar os escores entre os informantes-chave e entre os cenários do estudo, sendo adotado o nível de significância o valor de p inferior a 0,05. Como o teste de *Kruskal-Wallis* apenas aponta que há diferença entre os grupos, foi utilizado vários testes de *Mann-Whitney* com correção de *Bonferroni*³³ para verificar onde a diferença está (utilizamos um valor crítico de 0,05 dividido pelo número de testes realizados).

³⁰ Avaliação do desempenho dos serviços da APS na atenção à hanseníase: descrição dos escores dos atributos porta de entrada, acesso, atendimento continuado, integralidade dos serviços, coordenação, orientação familiar, orientação comunitária e orientação profissional, além dos escores essencial, derivado e geral.

³¹ O teste de *Mann-Whitney* é um teste não-paramétrico que procura diferenças entre duas amostras independentes (FIELD, 2009, p.658).

³² O teste de *Kruskal-Wallis* é um teste não-paramétrico para verificar se mais de dois grupos independentes diferem (FIELD, 2009, p.658).

³³ A correção de *Bonferroni* é uma correção aplicada ao nível alfa para controlar a taxa de erro do tipo I global quando vários testes de significância são executados. Cada teste conduzido deve utilizar um critério de significância de nível alfa (normalmente 0,05) dividido pelo número de testes realizados Essa é uma correção simples, porém efetiva, mas tende a ser muito rígida quando muitos testes são executados (FIELD, 2009, p.644).

3.4 Aspectos éticos

Esta pesquisa foi realizada atendendo às determinações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), convalidada com a Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012c), que estabelecem diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação no Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Universidade Federal de Minas Gerais sendo aprovado conforme Parecer n° ETIC 0095.0.203.000-11 (ANEXO B). Esta pesquisa também teve aprovação nas Secretarias de Saúde dos Municípios de Betim, Almenara, Governador Valadares e Teófilo Otoni (ANEXOS A, C, D, E).

Considerando os princípios éticos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), os sujeitos foram convidados a participar do estudo e após todos os devidos esclarecimentos sobre o desenvolvimento da pesquisa - objetivos e procedimentos da pesquisa, a confidencialidade e o sigilo sobre sua participação, bem como os riscos e benefícios - e leitura do TCLE (APÊNDICE E, F, L – páginas 247, 248, 280), os participantes assinaram duas vias desse termo, sendo que uma via ficou em posse da pesquisadora e a outra via com o informante.

3.5 Financiamento

Esta pesquisa foi financiada com recursos provenientes da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG), através do Edital Universal 01/2011.




Resultados e Discussão

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão desta pesquisa serão apresentados em três capítulos:

- 4.1 ***Estudo Metodológico:*** validação de face e conteúdo do “Instrumento de avaliação do desempenho da atenção primária nas ações de controle da hanseníase”; pré-teste; validação de construto e análise da confiabilidade/fidedignidade de cada versão do instrumento (ACS, profissionais médicos e enfermeiros, usuários e gestores);
- 4.2 ***Pesquisa avaliativa:*** avaliação dos atributos da APS na atenção à hanseníase em cada município do estudo (Almenara, Teófilo Otoni e Governador Valadares) e comparação do desempenho geral, essencial e derivado da APS entre municípios do estudo segundo os profissionais médicos e enfermeiros;
- 4.3 ***Limitações do estudo.***



4.1 - *Estudo Metodológico*

4.1 Estudo metodológico de construção e validação do “Instrumento de avaliação do desempenho da atenção primária nas ações de controle da hanseníase”

4.1.1 Validação de face e conteúdo do instrumento

A avaliação dos itens da primeira versão do “Instrumento de avaliação do desempenho da atenção primária nas ações de controle da hanseníase” quanto à relevância, clareza e compreensão foi realizada por um painel de 15 especialistas, sendo dez *experts* em hanseníase e cinco na temática da APS. Há controvérsias na literatura sobre o número adequado de juízes para a realização da validação de face e conteúdo, porém nas versões do *Primary Care Assessment Tool* crianças (CASSADY *et al.*, 2000) e adultos (SHI; STARFIELD; JIAHONG, 2001) construídas por Starfield e colaboradores para avaliar a APS dos Estados Unidos da América, utilizaram 9 *experts*. A caracterização dos juízes que realizaram a validação de face e conteúdo do instrumento está descrita na Tabela 8.

Tabela 8 - Caracterização dos juízes que realizaram a validação de face e conteúdo do instrumento

Variáveis	n	Percentual (%)
Graduação:		
Enfermagem	5	33,3
Medicina	9	60
Ciências Biológicas	1	6,7
Pós-graduação:		
Especialização	4	26,7
Mestrado	2	13,3
Doutorado	8	53,3
Área de atuação: Hanseníase		
Gestão	3	20
Docência	4	26,7
Assistência	3	20
Área de atuação: APS		
Gestão	---	
Docência	3	20
Assistência	2	13,3

O Quadro 9 apresenta os itens que obtiveram menos de 80% de concordância de respostas afirmativas (essencial e útil) no exame de relevância dos itens do instrumento em medir o objeto em estudo – atenção à hanseníase na APS.

Quadro 9 - Itens considerados não essenciais* para serem mantidos no instrumento segundo o primeiro painel de especialistas

Itens do instrumento segundo os construtos dos atributos da APS	Versões do instrumento		
	Gestor	Profissionais	Usuários
Caracterização do entrevistado	---	---	---
Porta de entrada	---	---	---
Acesso			
a) Geralmente as unidades de saúde da APS ficam abertas nos finais de semana (sábado/domingo)?	X	X	X
b) Quando a unidade de saúde está fechada, existe um número de telefone para marcar consultas ou pedir informações?	X	X	X
Atendimento continuado			
c) Você trata o paciente como um ser humano completo?	---	X	X
Integralidade dos serviços disponíveis e prestados			
d) Avaliação do grau de incapacidade física de 3 em 3 meses, quando o paciente não apresenta nenhuma queixa de problemas relacionados à hanseníase	X	X	---
e) Realização de visitas domiciliares para supervisão diária do tratamento	---	X	---
f) Consulta anual no pós-alta	---	X	---
Coordenação			
g) Você permite que o paciente leia/consulte o prontuário, se quiserem?	INP	X	X
h) Alguém da unidade de saúde ajuda o paciente a marcar a consulta encaminhada?	X	X	X
i) Os recursos financeiros são suficientes para atender as necessidades de controle da hanseníase?	X	INP	INP
j) Os recursos financeiros destinados à hanseníase são aplicados em outros programas/necessidades de saúde?	X	INP	INP
Orientação familiar	---	---	---
Orientação comunitária			
k) O município/unidade de saúde da APS trabalha com outras instituições para planejar ou realizar ações intersetoriais da hanseníase?	X	INP	INP
Orientação profissional	---	---	---
Total de itens não essenciais	7	8	5

*Concordância menor que 80% de respostas afirmativas

Nota: INP: item não presente na versão do instrumento

Essa avaliação dos juízes resultou numa redução de 3,9% do total de itens do instrumento destinado ao gestor (n=7); 4% da versão profissionais (n=8) e 2,6% da versão usuários (n=5). Como esse painel foi composto somente por *experts* em hanseníase, acredita-se que os mesmos tiveram dificuldades em identificar os itens que não eram essenciais para avaliar o desempenho dos serviços da atenção primária à saúde na atenção à hanseníase.

Como na avaliação do conteúdo do instrumento também foram solicitadas sugestões de inserção de novos itens no questionário, caso as questões previamente elaboradas não estivessem retratando os aspectos fundamentais da atenção à hanseníase na APS, os especialistas sugeriram a inclusão de seis questões (Quadro 10), porém somente quatro delas foram acatadas pelos pesquisadores (itens L, M, N, Q). A síntese da avaliação de face dos itens dos instrumentos está descrita no Quadro 11.

Quadro 10 - Itens sugeridos para serem incluídos no instrumento segundo o primeiro painel de especialistas

Atributos da APS	Questões sugeridas para serem incluídas no instrumento
Integralidade dos serviços disponíveis e prestados	l) Os serviços de saúde oferecem visitas domiciliares para os agravos de saúde existentes na área? m) Encaminhamento para o serviço secundário para adaptação de calçados e palmilhas. n) Informações para a comunidade sobre: sinais e sintomas da hanseníase, transmissão da hanseníase e tratamento da hanseníase.
Coordenação	o) Os profissionais de saúde da referência conversam com o paciente sobre os resultados da consulta realizada com o especialista? p) O prontuário do paciente de hanseníase permanece dentro do prontuário da família?
Orientação comunitária (somente na versão usuários)	q) Você já viu matérias de divulgação da hanseníase na mídia de massa (TV, rádio e jornais)?

Quadro 11 - Avaliação dos itens do instrumento quanto à clareza e compreensão segundo o primeiro painel de especialistas

(continua)

Pergunta original da 1ª versão do instrumento	Sugestões realizadas
Os usuários tem que realizar consulta na unidade de saúde da APS para serem encaminhados para uma avaliação de hanseníase com especialista/ serviço especializado?	→ Os usuários sempre realizam consulta na unidade de saúde da APS para serem encaminhados para uma avaliação de hanseníase com especialista/ serviço especializado?
Geralmente as unidades de saúde da APS ficam abertas nos finais de semana (sábado/domingo)?	→ Geralmente as unidades de saúde da APS ficam abertas em feriados E nos finais de semana (sábado/domingo)?
A sua unidade de saúde possui os instrumentos necessários para realizar o atendimento da hanseníase? Monofilamentos (estesiômetros), Fio dental sem sabor, Lanterna, Escala de Snellen	→ A sua unidade de saúde possui os instrumentos necessários para realizar o atendimento da hanseníase? Monofilamentos (estesiômetros), Fio dental sem sabor, Lanterna, Escala de Snellen, Tubos de Ensaio, Algodão.
Os casos confirmados de hanseníase recebem a dose supervisionada e a cartela PQT em até 15 dias após o diagnóstico da doença?	→ Os casos confirmados de hanseníase recebem a dose supervisionada e a cartela PQT após quantos dias da confirmação do diagnóstico da doença?
Os profissionais que atendem hanseníase tratam o paciente como um ser humano completo?	→ Os profissionais que atendem hanseníase tratam o paciente como um todo?
Exame neurológico (avaliação do comprometimento dos nervos periféricos)	→ Avaliação Neurológica Simplificada
Solicitação de exames laboratoriais (hemograma, TGO, TGP, creatinina) no início do tratamento da PQT	→ Solicitação de exames laboratoriais no início do tratamento da PQT quando necessitar
Consulta mensal para avaliação do estado de saúde do caso de hanseníase, administração da dose supervisionada, esclarecimento de dúvidas e orientações	→ Consulta mensal do caso de hanseníase: avaliação do estado de saúde, administração da dose supervisionada, esclarecimento de dúvidas e orientações
Avaliação de incapacidades na alta	→ Avaliação do grau de incapacidade física na alta
Encaminhamento para o serviço secundário em caso de intolerância grave aos medicamentos da PQT ou contra-indicação às drogas do esquema padrão.	→ Encaminhamento para o serviço secundário em caso de intolerância grave aos medicamentos da PQT ou contra-indicação de uso dos medicamentos do esquema padrão

Quadro 11 - Avaliação dos itens do instrumento quanto à clareza e compreensão segundo o primeiro painel de especialistas

(conclusão)

Pergunta original da 1ª versão do instrumento	Sugestões realizadas
Consulta anual no pós-alta	→ Acompanhamento do paciente no pós-alta
Avaliação neurológica simplificada (palpação de nervos periféricos, teste de força muscular, teste de sensibilidade dos olhos, mãos e pés, determinação do grau de incapacidade física) semanalmente ou quinzenalmente	→ Avaliação neurológica simplificada (palpação de nervos periféricos, teste de força muscular, teste de sensibilidade dos olhos, mãos e pés, determinação do grau de incapacidade física) quinzenalmente OU mensalmente
As unidades de saúde da APS realizam busca na comunidade de pessoas que possuem manchas ou áreas de pele com perda ou ausência de sensibilidade?	→ 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?
Quando o usuário chega à unidade de saúde para a dose supervisionada, ele tem que esperar mais de 30 minutos para consultar com o médico?	→ Quando o usuário chega à unidade de saúde para a dose supervisionada, ele tem que esperar mais de 60 minutos para consultar com o médico?
No prontuário do paciente consta: Cópia da ficha de notificação/investigação de hanseníase do SINAN; Formulário para avaliação do grau de incapacidade; Formulário para avaliação neurológica simplificada; Formulário de vigilância de contatos intradomiciliares de hanseníase	→ No prontuário do paciente consta: Cópia da ficha de notificação/investigação de hanseníase do SINAN; Formulário para avaliação do grau de incapacidade; Formulário para avaliação neurológica simplificada; Formulário de vigilância de contatos intradomiciliares de hanseníase; PCID < 15
Durante o atendimento na unidade de saúde, os profissionais conversam sobre outros problemas de saúde?	→ Durante o atendimento na unidade de saúde, os profissionais conversam com você sobre outros problemas de saúde?
O médico/enfermeiro conhece a sua história clínica (de saúde) completa?	→ O médico/enfermeiro conhece toda a sua história de saúde?

Desse primeiro painel, após discussão dos pesquisadores, foram consideradas as seguintes alterações: exclusão dos itens A, B, D, G, H, J, K descritos no Quadro 9, inclusão dos itens L, M, N, Q do Quadro 10 e todas as alterações semânticas descritas no Quadro 11.

Segundo os especialistas da primeira rodada, pode-se afirmar que o objetivo do instrumento proposto foi alcançado, no entanto, a permanência de mais de 100 itens em todas as versões do instrumento é inviável para a coleta de dados. Diante de um resultado que

trouxer pouca contribuição para esta etapa de validação do questionário, optamos por realizar o segundo painel de especialistas, principalmente para avaliar a adequação dos itens ao domínio específico de cada construto dos atributos da APS e a relevância dos itens propostos. Para essa etapa, que foi realizada por *e-mail*, construímos uma única versão do instrumento que contemplava todos os itens presentes nas três versões e incorporamos os resultados da avaliação do primeiro painel de especialistas.

No segundo painel de *experts*, apesar dos juízes terem respondido a pergunta: “O conteúdo da questão está relacionado com o atributo da atenção primária à saúde?” para obter a validação de conteúdo do instrumento, foi feita uma análise qualitativa das respostas, bem como das sugestões de exclusão/inclusão de itens e de alterações para melhorar a compreensão.

Segundo Raymundo (2009, p. 87), a validade de conteúdo

refere-se ao julgamento sobre o instrumento, ou seja, se ele realmente cobre os diferentes aspectos do seu objeto e não contém elementos que podem ser atribuídos a outros objetos. Ela não é determinada estatisticamente (...), mas resulta do julgamento de diferentes examinadores especialistas, que analisam a representatividade dos itens em relação às áreas de conteúdo e à relevância dos objetivos a medir.

O Quadro 12 mostra a avaliação dos juízes quanto à adequação dos itens de acordo com os domínios dos atributos da APS: porta de entrada, acesso, atendimento continuado, integralidade dos serviços disponíveis e prestados, coordenação, orientação familiar, orientação comunitária e orientação profissional.

Quadro 12 - Adequação dos itens do instrumento de acordo com os domínios dos atributos da APS

(continua)

Itens do instrumento	Domínio da 1ª versão do instrumento	Adequação do domínio após o 2º painel de <i>experts</i>
Qual o primeiro serviço de saúde que os usuários procuram quando apresentam sinais e sintomas da hanseníase?	Porta de entrada	Informações sobre a organização da APS e da atenção à hanseníase no município
Quando os usuários precisam de algum controle de saúde preventivo relacionado à hanseníase ou de uma consulta devido a um novo problema de saúde relacionado à essa doença, qual serviço de saúde eles procuram?	Porta de entrada	Informações sobre a organização da APS e da atenção à hanseníase no município

Quadro 12 - Adequação dos itens do instrumento de acordo com os domínios dos atributos da APS

(continua)

Itens do instrumento	Domínio da 1ª versão do instrumento	Adequação do domínio após o 2º painel de <i>experts</i>
Qual é o horário de funcionamento das unidades de saúde da APS?	Acesso	Informações sobre a organização da APS e da atenção à hanseníase no município
Qual é o serviço de saúde que geralmente realiza os diagnósticos de hanseníase?	Acesso	Informações sobre a organização da APS e da atenção à hanseníase no município
Os casos confirmados de hanseníase recebem a dose supervisionada e a cartela PQT no mesmo dia em que foi realizado o diagnóstico?	Acesso	Integralidade dos serviços prestados
O médico aguarda o resultado da baciloscopia para iniciar o tratamento da hanseníase?	Acesso	Coordenação
Qual é a unidade de saúde que é responsável pelo atendimento dos pacientes de hanseníase?	Acesso	Informações sobre a organização da APS e da atenção à hanseníase no município
Durante os últimos 6 meses, já faltaram medicamentos da hanseníase (PQT) nos serviços de saúde do município?	Acesso	Coordenação
Quando o usuário tem algum problema de saúde relacionado à hanseníase (ex: neurite, reações medicamentosas, reações hansênicas), ele consegue atendimento com especialista/serviço especializado?	Acesso	Coordenação
Os profissionais da unidade de saúde explicam sobre os cuidados após a alta por cura?	Atendimento continuado	Integralidade dos serviços prestados
Durante as consultas, os profissionais de saúde anotam os dados do atendimento no prontuário do paciente?	Atendimento continuado	Coordenação
Os profissionais de saúde da APS realizam visita domiciliar para os usuários da área de abrangência da unidade?	Atendimento continuado	Orientação comunitária

Quadro 12 - Adequação dos itens do instrumento de acordo com os domínios dos atributos da APS

(conclusão)

Itens do instrumento	Domínio da 1ª versão do instrumento	Adequação do domínio após o 2º painel de <i>experts</i>
Os profissionais de saúde da APS realizam visita domiciliar ao doente de hanseníase?	Atendimento continuado	Orientação comunitária
Os profissionais de saúde reúnem com os membros da família do paciente de hanseníase se for necessário?	Atendimento continuado	Orientação familiar
Encaminhamento dos familiares do caso de hanseníase para suporte psicológico	Integralidade dos serviços prestados	Coordenação
Encaminhamento para o serviço secundário para confecção de calçados e palmilhas quando necessário	Integralidade dos serviços prestados	Coordenação
Encaminhamento para fisioterapia se necessário	Integralidade dos serviços prestados	Coordenação
Encaminhamento para terapia ocupacional se necessário	Integralidade dos serviços prestados	Coordenação
Encaminhamento para serviço social se necessário	Integralidade dos serviços prestados	Coordenação
Encaminhamento para o serviço terciário em caso de grau de incapacidade física 2 se necessário	Integralidade dos serviços prestados	Coordenação
Você participa na discussão e definição de ações de saúde para controle da hanseníase?	Coordenação	Orientação comunitária
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?	Coordenação	Orientação comunitária
O município elabora o PAT (Plano Anual de Trabalho) da Hanseníase?	Coordenação	Orientação comunitária
Você realiza o monitoramento dos indicadores da hanseníase do Pacto pela Vida e da PAVS?	Coordenação	Orientação comunitária
O município investe recursos próprios para hanseníase?	Coordenação	Orientação comunitária

O Quadro 13 mostra o resultado da avaliação qualitativa do julgamento dos juízes do segundo painel em relação aos itens inadequados para avaliar o desempenho da APS no controle da hanseníase. É importante salientar que os juízes do segundo painel avaliaram somente uma versão do instrumento que continha todas as questões presentes nas três versões do instrumento, portanto, no Quadro 13 estão descritos 39 itens excluídos. Como descrito na Tabela 2 (página 64), foram excluídos 28 itens na versão usuários, 33 na versão dos profissionais de saúde e 34 na de gestores.

Quadro 13 - Itens do instrumento excluídos após o segundo painel de especialistas

(continua)

Itens excluídos do instrumento após avaliação qualitativa do julgamento dos <i>experts</i> do segundo painel de acordo com os domínios dos atributos da APS
Acesso
Quando o usuário procura a unidade de saúde com o relato de sinais e sintomas da hanseníase, ele consegue consulta médica nesse serviço no prazo de 24 horas?
Quando o usuário procura a unidade de saúde com o relato de sinais e sintomas da hanseníase, ele consegue consulta com o enfermeiro nesse serviço, no prazo de 24 horas?
O usuário que apresenta sinais e sintomas da hanseníase precisa ser atendido na unidade de saúde mais de uma vez para realizar o diagnóstico de hanseníase?
O usuário que apresenta sinais e sintomas da hanseníase precisa ser encaminhado para outra unidade de saúde para realizar o diagnóstico de hanseníase?
Qual é a unidade de saúde para qual os usuários são encaminhados?
Quando o usuário que apresenta sinais e sintomas da hanseníase é encaminhado para outra unidade de saúde para ser avaliado e realizar o diagnóstico da doença, ele precisa esperar mais de 1 semana para conseguir atendimento?
Quando o usuário é atendido na unidade de saúde com sinais e sintomas da hanseníase, o diagnóstico de hanseníase é realizado: <input type="checkbox"/> no mesmo dia do atendimento <input type="checkbox"/> em até 30 dias <input type="checkbox"/> após 5 semanas ou mais do primeiro atendimento
A sua unidade de saúde possui os instrumentos necessários para realizar o atendimento da hanseníase? <input type="checkbox"/> Monofilamentos (estesiômetros) <input type="checkbox"/> Tubos de ensaio <input type="checkbox"/> Algodão <input type="checkbox"/> Fio dental sem sabor <input type="checkbox"/> Lanterna <input type="checkbox"/> Escala de Snellen
O usuário realiza a baciloscopia no próprio município?

Quadro 13 - Itens do instrumento excluídos após o segundo painel de especialistas

(continua)

Itens excluídos do instrumento após avaliação qualitativa do julgamento dos <i>experts</i> do segundo painel de acordo com os domínios dos atributos da APS	
Acesso	
Os casos confirmados de hanseníase recebem a dose supervisionada e a cartela PQT em até 15 dias após o diagnóstico da doença?	
O tratamento da hanseníase é realizado na unidade de saúde mais próxima da casa do paciente?	
O tratamento da hanseníase é realizado na mesma unidade de saúde que realizou o diagnóstico?	
Quando o usuário chega à unidade de saúde para a dose supervisionada, ele tem que esperar mais de 30 minutos para consultar com o médico?	
Quando o usuário chega à unidade de saúde para a dose supervisionada, ele tem que esperar mais de 30 minutos para consultar com o enfermeiro?	
O usuário consegue atendimento na unidade de saúde quando ele tem algum problema de saúde relacionado à hanseníase (ex: neurite, reações medicamentosas, reações hansênicas)?	
Se o usuário passa mal por causa da medicação ou da hanseníase, consegue uma consulta médica no prazo de 24 horas na unidade de saúde que faz tratamento?	
Se o usuário passa mal por causa da medicação ou da hanseníase, consegue uma consulta com o enfermeiro no prazo de 24 horas na unidade de saúde que faz tratamento?	
Os contatos domiciliares são avaliados na unidade de saúde da APS?	
Atendimento continuado	
Os profissionais de saúde normalmente utilizam o prontuário do paciente nas consultas?	
Os profissionais que atendem hanseníase tratam o paciente como um ser humano completo?	
Os profissionais da unidade de saúde explicam sobre os medicamentos utilizados para o tratamento de hanseníase e os seus efeitos adversos?	
Os profissionais da unidade de saúde explicam sobre os sinais e sintomas das reações hansênicas?	
Os profissionais da unidade de saúde explicam sobre os cuidados para a prevenção de incapacidades?	
Os profissionais da unidade de saúde entregam para os pacientes, por escrito, as orientações das técnicas de autocuidado para prevenção de incapacidades?	
Integralidade dos serviços prestados	
Avaliação de fatores desencadeantes das reações hansênicas como parasitose intestinal, cárie e outros	
Encaminhamento para o serviço secundário em caso de suspeita da hanseníase neural pura	
Encaminhamento para o serviço secundário em caso de intolerância grave aos medicamentos da PQT ou contra-indicação às drogas do esquema padrão	
Encaminhamento para o serviço secundário / terciário dos casos multibacilares que não tiveram melhora clínica após 12 cartelas de PQT	
Informações para o doente sobre	
() Sinais e Sintomas da hanseníase	() Prevenção de incapacidades
() Transmissão da hanseníase	() Sinais e sintomas dos surtos reacionais
() Tratamento da hanseníase	() Controle e cuidados no pós-alta

Quadro 13 - Itens do instrumento excluídos após o segundo painel de especialistas

(conclusão)

Itens excluídos do instrumento após avaliação qualitativa do julgamento dos <i>experts</i> do segundo painel de acordo com os domínios dos atributos da APS
Integralidade dos serviços prestados
Informações para os familiares do doente sobre <input type="checkbox"/> Sinais e Sintomas da hanseníase <input type="checkbox"/> Transmissão da hanseníase <input type="checkbox"/> Tratamento da hanseníase <input type="checkbox"/> Prevenção de incapacidades <input type="checkbox"/> Sinais e sintomas dos surtos reacionais <input type="checkbox"/> Controle e cuidados no pós-alta
Informações para a comunidade do doente sobre <input type="checkbox"/> Sinais e Sintomas da hanseníase <input type="checkbox"/> Transmissão da hanseníase <input type="checkbox"/> Tratamento da hanseníase
Realização de visitas domiciliares durante o tratamento
Grupos de autocuidado para doentes e familiares na unidade de saúde
Coordenação
Os profissionais de saúde elaboram e monitoram o plano de cuidados do paciente de hanseníase?
Os recursos financeiros são suficientes para atender as necessidades de controle da hanseníase?
Orientação familiar
Os profissionais da unidade de saúde conversam com as pessoas que moram com o paciente e/ou a sua família sobre seu tratamento?
Os profissionais de saúde da APS conhecem as pessoas que moram com o paciente de hanseníase?
Os profissionais de saúde realizam visitas domiciliares aos pacientes da hanseníase por de outros problemas de saúde? <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> Técnico/Auxiliar de enfermagem <input type="checkbox"/> Agente Comunitário de Saúde
Os profissionais de saúde realizam visitas domiciliares aos pacientes da hanseníase por causa dessa doença? <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> Técnico/Auxiliar de enfermagem <input type="checkbox"/> Agente Comunitário de Saúde

Os juízes que participaram do segundo painel de avaliação de face e conteúdo do “Instrumento de avaliação do desempenho da atenção primária nas ações de controle da hanseníase” sugeriram a inclusão de alguns itens e aqueles que os pesquisadores julgaram pertinentes para abordar o objeto em estudo estão descritos no Quadro 14.

Quadro 14 - Itens incluídos no instrumento após o segundo painel de especialistas

Itens incluídos no instrumento após avaliação dos <i>experts</i> do segundo painel
Acesso
Quando o usuário procura 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?
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)?
Atendimento continuado
Você conhece o paciente de hanseníase mais como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?
Você pergunta ao paciente se ele tem problemas em obter ou pagar pelos medicamentos de que ele precisa?
Integralidade dos serviços prestados
Orientações para o paciente sobre sinais e sintomas da hanseníase, transmissão e tratamento
Para a realização do exame dermatológico é utilizado o teste de sensibilidade quente/frio?
Para a realização do exame dermatológico é utilizado o teste de sensibilidade com algodão?
Para a realização do exame dermatológico é utilizado o teste de sensibilidade com os monofilamentos (estesiômetros)?
Para a realização do teste de sensibilidade das mãos e pés são utilizados os monofilamentos (estesiômetros)?
Para a realização do teste de sensibilidade dos olhos é utilizado o fio dental sem sabor?
Avaliação do grau de acuidade visual com a aplicação da escala de Snellen

Após o primeiro e o segundo painel de especialistas, a versão do instrumento construída para o estudo piloto foi composta por 145 itens na versão destinada aos gestores, 165 itens na versão dos profissionais e 163 itens na de usuários do serviço de hanseníase. A validação de conteúdo e de face do instrumento foi essencial para avaliar a aplicabilidade dos itens, para avaliar o desempenho da APS no controle da hanseníase. Destacamos que nenhum *expert* identificou a inadequação do conteúdo e da linguagem do instrumento versão profissionais para os ACS, não conformidade evidenciada no pré-teste do instrumento no município de Betim (MG), resultado que será discutido na próxima seção.

4.1.2 Pré-teste do instrumento

Para finalizar a etapa de validação de face e conteúdo do “Instrumento de avaliação do desempenho da atenção primária nas ações de controle da hanseníase”, as três versões do instrumento obtidas após a avaliação dos *experts*, foram submetidas a uma prova preliminar de ajustes no município de Betim, Minas Gerais. Os participantes foram devidamente esclarecidos a respeito de que o objetivo de participar nessa etapa da pesquisa foi julgar a adequação do instrumento para avaliar o desempenho dos serviços da APS na atenção à hanseníase. Para tal finalidade, os participantes responderam as questões do questionário baseados na realidade do cenário em que estavam inseridos e foram orientados a realizar sugestões para melhorar a compreensão dos itens.

A validade de conteúdo do instrumento feita pelos *experts* não foi capaz de avaliar a inadequação dos itens dos domínios Integralidade dos Serviços Prestados e Coordenação para a versão destinada aos ACS. A primeira aplicação do questionário versão profissionais³⁴ a uma ACS que possuía caso de hanseníase na microárea, houve dificuldades em responder os itens dos atributos Integralidade dos Serviços Prestados e Coordenação e o tempo de aplicação foi de duas horas. Por isso, os itens desses atributos foram modificados no estudo piloto.

Os pesquisadores avaliaram que os itens desses atributos realmente estavam fora da realidade das atribuições esperadas para os ACS na atenção à hanseníase e optou-se por construir uma versão do instrumento específico para os ACS, que não foi submetido a uma reavaliação de conteúdo pelos especialistas. Sendo assim, foram construídas, no total, quatro versões do “Instrumento de avaliação do desempenho da atenção primária nas ações de controle da hanseníase” destinadas a: gestores, profissionais médicos e enfermeiros, ACS e usuários.

Dessa forma, confirmamos que a realização do pré-teste do instrumento em indivíduos semelhantes à da população em estudo é uma importante etapa do processo de validação uma vez que avalia a compreensão dos itens e permite a exclusão e modificação de perguntas do questionário (HARZHEIM *et al.*, 2006a). Na validação do PCAT versão crianças para o contexto brasileiro, 21 perguntas foram modificadas após a realização do pré-teste com cinco indivíduos semelhantes à população do estudo (HARZHEIM *et al.*, 2006a).

A caracterização dos participantes dessa etapa do estudo está descrita na Tabela 9.

³⁴ Inicialmente, a versão do instrumento destinada aos profissionais seria aplicada aos médicos, enfermeiros e ACS.

Tabela 9 - Caracterização dos participantes do pré-teste do “Instrumento de avaliação do desempenho da atenção primária nas ações de controle da hanseníase”, Betim, 2012.

(continua)

Variáveis	n	Percentual (%)
Gestores	31	100
Área de atuação:		
Coordenação APS/Área Técnica Hanseníase	2	6,4
Gerente de unidade da APS	29	93,6
Escolaridade:		
Ensino médio	2	6,4
Graduação	29	93,6
Treinamentos em ACH:		
Sim	17	54,8
Não	14	45,2
Caso de hanseníase na unidade de saúde:		
Sim	20	64,5
Não	11	35,5
Profissionais de Saúde	37	100
Enfermeiros	25	67,6
Médicos	12	32,4
Tipo de unidade de saúde:		
ESF	23	62,2
EACS	6	16,2
UBS	8	21,6
Treinamentos em ACH:		
Sim	29	78,4
Não	8	21,6
Caso de hanseníase na unidade de saúde:		
Sim	25	67,6
Não	12	32,4
Agentes comunitários de saúde	50	100
Tipo de unidade de saúde:		
ESF	43	86
EACS	7	14
Treinamentos em ACH:		
Sim	46	92
Não	4	8
Caso de hanseníase na microárea:		
Sim	28	56
Não	22	44

Tabela 9 - Caracterização dos participantes do pré-teste do “Instrumento de avaliação do desempenho da atenção primária nas ações de controle da hanseníase”, Betim, 2012.

(conclusão)

Usuários	23	100
Sexo:		
Masculino	15	65,2
Feminino	8	34,8
Ano de notificação:		
2012	8	34,8
2011	5	21,7
2010	7	30,4
2009	3	13,1
Escolaridade:		
Sem escolaridade	3	13,1
Até 7 anos de estudo	15	65,2
De 8 a 10 anos de estudo	4	17,3
Mais de 11 anos de estudo	1	4,4

De acordo com a Tabela 9, mais da metade dos gestores, médicos/enfermeiros e agentes comunitários de saúde que participaram dessa fase da pesquisa já tiveram aproximação com a temática da hanseníase, seja em treinamentos ou na própria experiência do trabalho na APS, o que foi essencial no julgamento da adequação e relevância dos itens do instrumento para avaliação do desempenho da APS nas ações de prevenção e controle da hanseníase. Autores sugerem que o pré-teste deve ser realizado em um local que possui características similares às do cenário de aplicação final do questionário (SÁNCHEZ, ECHEVERRY, 2004) e o município de Betim possui as ACH descentralizadas na APS e contam com a presença de uma equipe de referência na atenção secundária. Essa etapa foi essencial para a redução dos itens do instrumento, bem como melhorar a compreensão das questões. Em relação ao cartão de respostas, a escala de respostas com cinco opções do tipo Likert (com certeza, sim; provavelmente, sim; provavelmente, não; com certeza, não e não sabe/não lembra) mostrou-se adequada para os itens propostos, no entanto, foi necessária a sua adequação para os usuários, associando as opções de respostas com cores (APENDICE I).

O Quadro 15 mostra os itens excluídos após a avaliação qualitativa do instrumento.

Quadro 15 - Itens excluídos das versões do instrumento após o pré-teste no município de Betim

(continua)

Itens excluídos segundo os domínios dos atributos da APS	Versões do instrumento			
	Gestor	Médicos e Enfermeiros	ACS	Usuários
Caracterização do entrevistado				
Titulação do entrevistado	X	X	INP	INP
Tempo que trabalha nessa ocupação	X	X		INP
Recebe benefício do governo	INP	INP	INP	X
Informações sobre a organização da APS e da atenção à hanseníase no município				
Qual é o horário de funcionamento das unidades de saúde da APS?	X	INP	INP	INP
Quando você começou a ter os sinais e sintomas da hanseníase, quantas vezes precisou procurar o serviço de saúde para descobrir que estava doente de hanseníase?	INP	INP	INP	X
Quando você começou a ter os sinais e sintomas da hanseníase, quanto tempo levou para descobrir que estava doente de hanseníase?	INP	INP	INP	X
Qual é(foi) o serviço de saúde que é(foi) o responsável pelo seu atendimento da hanseníase?	INP	INP	INP	X
Acesso				
Quando o usuário procura a unidade de saúde que é a responsável pelo seu atendimento relacionado à hanseníase, ele tem dificuldade de deslocamento?	X	X	X	X
Quando o usuário procura a unidade de saúde que é a responsável pelo seu atendimento relacionado à hanseníase, ele precisa utilizar algum tipo de transporte motorizado?	X	X	X	X
Quando o usuário tem que ir à unidade de saúde que é a responsável pelo seu atendimento relacionado à hanseníase, ele perde o turno de trabalho ou compromisso?	X	X	X	X
O paciente agenda um horário na unidade de saúde para consulta de rotina para a dose supervisionada?	X			
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)?	X			

Quadro 15 - Itens excluídos das versões do instrumento após o pré-teste no município de Betim

(continua)

Itens excluídos segundo os domínios dos atributos da APS	Gestor	Médicos e Enfermeiros	ACS	Usuários
Atendimento continuado				
Você conhece o paciente de hanseníase mais como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?	X	X	X	X
Se os pacientes de hanseníase têm alguma pergunta sobre a doença ou dúvida sobre o tratamento, conseguem falar com os mesmos profissionais da que os atendem?		X	X	
Você sabe quem mora com o paciente de hanseníase?	INP	X	INP	INP
O paciente recomenda o atendimento da unidade de saúde a um(a) amigo(a)?	INP	X	X	X
Todos os pacientes de hanseníase são diagnosticados nas unidades de saúde da APS?	X	INP	INP	INP
Todos os pacientes de hanseníase realizam o tratamento nas unidades de saúde da APS?	X	INP	INP	INP
Todos os contatos dos pacientes de hanseníase realizam a avaliação dermatoneurológica nas unidades de saúde da APS?	X	INP	INP	INP
As unidades de saúde da APS realizam o acompanhamento do caso de hanseníase?	X	INP	INP	INP
As unidades de saúde da APS realizam o acompanhamento do paciente após a alta por cura?	X	INP	INP	INP
Integralidade dos serviços prestados				
Orientações para o paciente sobre sinais e sintomas da hanseníase, transmissão e tratamento	X	X	INP	
Exame dermatológico (avaliação das áreas de pele com a realização de teste de sensibilidade)	X	X	INP	X
Para a realização do exame dermatológico é utilizado o teste de sensibilidade quente/frio?	X	X	INP	
Para a realização do exame dermatológico é utilizado o teste de sensibilidade com algodão?	X	X	INP	
Para a realização do exame dermatológico é utilizado o teste de sensibilidade com os monofilamentos (estesiômetros)?	X	X	INP	
Exame neurológico (avaliação do comprometimento dos nervos periféricos)	X	X	INP	
Teste de sensibilidade dos olhos, mãos e pés	X	X	INP	X
Para a realização do teste de sensibilidade das mãos e pés são utilizados os monofilamentos?	X	X	INP	
Para a realização do teste de sensibilidade dos olhos é utilizado o fio dental sem sabor?	X	X	INP	

Quadro 15 - Itens excluídos das versões do instrumento após o pré-teste no município de Betim

(continua)

Itens excluídos segundo os domínios dos atributos da APS	Gestor	Médicos e Enfermeiros	ACS	Usuários
Integralidade dos serviços prestados				
Avaliação da força motora	X	X	INP	
Avaliação do grau de acuidade visual com a aplicação da escala de Snellen	X	X	INP	
Avaliação do grau de incapacidade física no diagnóstico	X	X	INP	X
Aplicação do protocolo complementar de investigação diagnóstica de casos de hanseníase em menores de 15 anos	X	X	INP	
Solicitação de exames laboratoriais no início do tratamento da PQT quando necessários	X	X	INP	
Baciloscopia no município	X	X	INP	
Administração da dose supervisionada e entrega da cartela PQT no mesmo dia em que foi realizado o diagnóstico	X	X	INP	X
Avaliação dos contatos	X	X	INP	
Aplicação de BCG para contatos	X	X	INP	
Consulta mensal do caso de hanseníase: avaliação do estado de saúde, administração da dose supervisionada, esclarecimento de dúvidas e orientações	X	X	INP	
Aconselhamento sobre o uso correto dos medicamentos da PQT e os principais efeitos adversos	X	X	INP	
Orientações para o paciente de hanseníase sobre as práticas de autocuidado para prevenção de incapacidades	X	X	INP	
Orientações para retorno imediato à unidade de saúde em caso de aparecimento de novas lesões de pele, dores nos trajetos dos nervos periféricos e piora da sensibilidade e da força motora	X	X	INP	
Avaliação do grau de incapacidade física de 3 em 3 meses, quando o paciente não apresenta nenhuma queixa de problemas relacionados à hanseníase	X	X	INP	
Avaliação do grau de incapacidade física na alta	X	X	INP	
Acompanhamento do paciente no pós-alta por cura	X	X	INP	X
Orientações sobre os cuidados após a alta por cura	X	X	INP	
Oferecimento dos serviços disponíveis na unidade de saúde	X	X	INP	

Quadro 15 - Itens excluídos das versões do instrumento após o pré-teste no município de Betim

(continua)

Itens excluídos segundo os domínios dos atributos da APS	Gestor	Médicos e Enfermeiros	ACS	Usuários
Integralidade dos serviços prestados				
Avaliação neurológica simplificada (palpação de nervos periféricos, teste de força muscular, teste de sensibilidade dos olhos, mãos e pés, determinação do grau de incapacidade física) quinzenalmente ou mensalmente	X	X	INP	
Orientação para colocar o membro afetado em repouso	X	X	INP	
Iniciar corticoterapia e encaminhar para o serviço de referência	X	X	INP	
Acompanhamento do tratamento das reações hansênicas	X	X	INP	
Acompanhamento da glicemia de jejum, do peso corporal e da pressão arterial	X	X	INP	
Orientações sobre o uso correto dos medicamentos da PQT e os principais efeitos adversos	INP	INP	X	
Oferecimento dos outros serviços disponíveis na unidade de saúde	INP	INP	X	
Coordenação				
O paciente, quando vai à unidade de saúde para a consulta de hanseníase, ele leva o cartão de aprazamento/agendamento do tratamento da hanseníase?	INP	X	INP	X
Você sempre pede que o paciente traga consigo o cartão de aprazamento/agendamento toda vez que ele vai comparecer à unidade de saúde para a dose supervisionada?	INP	X	INP	X
O médico ou enfermeiro sempre realiza anotações no seu cartão de aprazamento/agendamento do tratamento da hanseníase?	INP	INP	INP	X
O médico aguarda o resultado da baciloscopia para iniciar o tratamento da hanseníase?	X		INP	
Os profissionais da unidade de saúde preenchem o Boletim de Acompanhamento do Caso mensalmente para a Vigilância Epidemiológica?		X	INP	INP
As diretrizes clínicas da Linha-Guia Saúde do Adulto – Hanseníase, da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, são utilizadas por você para realizar o atendimento de hanseníase?	X	X	INP	INP
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 pelo município para definir a atuação das unidades da APS no controle da hanseníase?		X	INP	INP

Quadro 15 - Itens excluídos das versões do instrumento após o pré-teste no município de Betim

(continua)

Itens excluídos segundo os domínios dos atributos da APS	Gestor	Médicos e Enfermeiros	ACS	Usuários
Coordenação				
A Secretaria Municipal de Saúde pactuou os serviços de Atenção Integral em Hanseníase na CIB (Comissão Intergestora Bipartite)?		X	INP	INP
A Referência Técnica Municipal de Hanseníase dá suporte efetivo às equipes da APS e promove esforços para a melhoria da atenção à hanseníase?	X	X	INP	INP
Existe uma rede de atenção à hanseníase funcionante no município?	X	X	INP	INP
Existe pactuação para os atendimentos de hanseníase na atenção secundária e terciária?	X	X	INP	INP
Quando o paciente necessita de um encaminhamento, os profissionais de saúde sugerem ou indicam o especialista ou o serviço de saúde especializado onde ele será atendido?	X	X	INP	X
Os profissionais de saúde do serviço especializado conversam com o paciente sobre os resultados da consulta realizada?	X	X	INP	X
Os profissionais de saúde da APS conversam com o paciente sobre os resultados da consulta realizada com o especialista?	X		INP	
Você se preocupa com a qualidade do cuidado que foi dado ao paciente no serviço especializado?		X	INP	INP
O seu médico ou enfermeiro parece interessado na qualidade do cuidado que foi lhe dado no serviço especializado (pergunta-lhe se você foi bem ou mal atendido pelo especialista)?	INP	INP	INP	X
Encaminhamento para o serviço terciário em caso de grau de incapacidade física 2 se necessário	X	X	INP	
Hospital Eduardo de Menezes ou Hospital das Clínicas	INP	INP	INP	X
Orientação familiar				
Você reúne com os membros da família do paciente de hanseníase se for necessário?		X	X	X
Durante as consultas/ visitas domiciliares, os profissionais de saúde pedem informações sobre doenças de outros membros da família?	X			
Orientação comunitária				
Você realiza visita domiciliar para os usuários da área de abrangência da unidade de saúde?	INP	X	X	INP
Você realiza visita domiciliar ao doente de hanseníase?	INP	X	X	INP

Quadro 15 - Itens excluídos das versões do instrumento após o pré-teste no município de Betim

(continua)

Itens excluídos segundo os domínios dos atributos da APS	Gestor	Médicos e Enfermeiros	ACS	Usuários
Orientação comunitária				
Os profissionais de saúde da APS realizam visita domiciliar para os usuários da área de abrangência da unidade de saúde?	X	INP	INP	INP
Os profissionais de saúde da APS realizam visita domiciliar ao doente de hanseníase?	X	INP	INP	INP
Você tem conhecimento adequado dos problemas de saúde da população da área adscrita da unidade de saúde?	X	X	X	INP
Você conhece os casos de hanseníase da sua microárea?	INP	INP	X	INP
Você crê que sua unidade de saúde tem conhecimento adequado dos problemas de saúde da comunidade que atende?	INP	INP	INP	X
Os profissionais da unidade de saúde reconhecem que a hanseníase é um problema de saúde importante no município e nessa comunidade?	INP	INP	INP	X
Você participa na discussão e definição de ações de saúde para controle da hanseníase?	X	X	INP	
A hanseníase é discutida no quadro sanitário do Plano Municipal de Saúde?		X	INP	INP
A hanseníase é discutida no Conselho Municipal de Saúde?		X	X	INP
A hanseníase é discutida no Conselho Local de Saúde?	X	X	X	INP
A unidade de saúde solicita a participação de representantes da comunidade para discutir o problema da hanseníase?	X	X	X	X
O município realiza divulgação da hanseníase na mídia de massa (TV, rádio e jornais)?		X	X	
A unidade de saúde trabalha informações sobre os sinais e sintomas da hanseníase nos grupos operativos (hipertensos, diabéticos, gestantes)?	X	X	INP	X
A unidade de saúde faz pesquisas com a população para ver se os serviços estão atendendo às suas necessidades?	X	X	INP	
A melhoria da atenção à hanseníase é parte da missão e do plano estratégico municipal?	X	INP	INP	INP

Quadro 15 - Itens excluídos das versões do instrumento após o pré-teste no município de Betim

(conclusão)

Itens excluídos segundo os domínios dos atributos da APS	Gestor	Médicos e Enfermeiros	ACS	Usuários
Orientação profissional				
Você recebeu treinamento específico para atuar em ações de controle da hanseníase?	INP	X	INP	INP
Você recebeu treinamento específico para atuar no monitoramento e avaliação das ações de controle da hanseníase?	X	INP	INP	INP
Você considera que os médicos das unidades de saúde da APS estão qualificados para atuarem na hanseníase?		X	INP	INP
Você considera que os enfermeiros das unidades de saúde da APS estão qualificados para atuarem na hanseníase?		X	INP	INP
Você considera que os técnicos/auxiliares de enfermagem das unidades de saúde da APS estão qualificados para atuarem na hanseníase?		X	INP	INP
Você considera que os agentes comunitários de saúde das unidades de saúde da APS estão qualificados para atuarem na hanseníase?		X	INP	INP
Total de itens excluídos	66	71	17	26

Nota: INP: item não presente na versão do instrumento

É importante mencionar que no instrumento versão gestor, o item “O município elabora o PAT (Plano Anual de Trabalho) da Hanseníase?” que estava no domínio Orientação para a Comunidade, após discussão dos pesquisadores dos resultados do pré-teste, foi decidido alterar esse item para o domínio Coordenação.

Os pesquisadores, nessa ocasião, também realizaram a inclusão de novas questões (descritas no Quadro 16), que emergiram no estudo piloto em Betim, com o objetivo de aprimorar a abordagem do objeto em estudo.

Quadro 16 - Itens incluídos nas versões do instrumento após o estudo piloto

Versão do instrumento*	Itens incluídos	Total de itens incluídos
Gestores	A.3, A.4, A.5, A.6, E.1, F.17, F.18, F.19, F.20, F.21, F.22, F.23, G.21, G.22, G.23, G.24	16
Médicos e Enfermeiros	A.5, A.6, A.7, A.10, F.17, F.18, F.19, F.20, F.21, F.22, F.23, check-list do domínio Integralidade dos Serviços Prestados, G.7, G.26, G.27, G.28, G.29	16
ACS	Nenhum item foi acrescentado	---
Usuários	Grau de Afiliação, E.11, F.17	2

*Vide Apêndice H (página 250)

É importante destacar que as perguntas inseridas nessa etapa da pesquisa não foram submetidas à validação de conteúdo e de face por *experts*, portanto, trata-se de uma limitação do estudo.

Após a avaliação do comportamento do instrumento no município de Betim, foi construída a versão do “Instrumento de avaliação do desempenho da atenção primária nas ações de controle da hanseníase”³⁵ que foi aplicada nos municípios de Almenara, Teófilo Otoni e Governador Valadares para realizar a validação de construto, análise da confiabilidade/fidedignidade do instrumento e a avaliação do grau de orientação da APS na realização das ações de controle da hanseníase.

³⁵ Vide Tabela 4 (página 68)– Total de itens nas versões do “Instrumento de avaliação do desempenho da atenção primária nas ações de controle da hanseníase”: Gestores: 95 itens; Profissionais de Saúde: 110 itens; ACS: 77 itens e Usuários: 139 itens.

4.1.3 Validação de construto, análise da confiabilidade e fidedignidade do instrumento versão ACS

Participaram da pesquisa 380 ACS cuja caracterização está descrita na Tabela 10.

Tabela 10 - Descrição da amostra dos ACS estratificada por município. Almenara, Teófilo Otoni e Governador Valadares, 2012

Variáveis	Municípios do Estudo		
	Almenara	Teófilo Otoni	Governador Valadares
Número de ACS:	54	144	182
Tipo de unidade de saúde (n/%):			
ESF	54 (100)	111 (77,1)	136 (74,7)
EACS	---	33 (22,9)	46 (25,3)
Treinamentos em ACH (n/%):			
Sim	39 (72,2)	127 (88,2)	138 (75,8)
Não	15 (27,8)	17 (11,8)	44 (24,2)
Caso de hanseníase na microárea (n/%):			
Sim	25 (46,3)	42 (29,2)	89 (48,9)
Não	29 (53,7)	102 (70,8)	93 (51,1)
Tempo de atuação como ACS (em meses) (média/desvio padrão)	25,6 (\pm 18,4)	58,2 (\pm 27,8)	64,1 (\pm 39,6)

A análise fatorial exploratória (AFE) dos 380 questionários do “Instrumento de avaliação do desempenho da atenção primária nas ações de controle da hanseníase”-ACS teve o objetivo de confirmar a alocação dos itens nas respectivas dimensões dos atributos da APS e o nível de saturação (carga fatorial) dos itens com os diferentes fatores.

A análise da frequência das respostas dos itens do instrumento versão ACS evidenciou um comportamento dos itens que permitiu a inclusão de todos na análise. O resultado do teste *Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy* (KMO)³⁶ foi de 0,731, o que possibilita a explicação de uma quantidade boa da variância, confirmando a adequação dos dados para a análise fatorial. Sendo assim, a perda de 160 ACS (Tabela 6 – página 72) na amostra final da pesquisa não impactou na realização da validação de construto do instrumento.

³⁶ Medida de adequação amostral.

Os oito fatores fixos extraídos após a rotação (o que corresponde aos domínios dos atributos da APS do instrumento³⁷) apresentaram auto-valores acima de 1,0 e responderam, em seu conjunto, por um percentual da variância total de 35,7%. A Tabela 11 mostra a variância explicada em valores absolutos e percentuais para os oito fatores extraídos após a rotação³⁸, que teve o efeito de otimizar a estrutura do fator e assim há uma equalização da importância dos oito fatores.

Tabela 11: Distribuição da variância explicada segundo os fatores do instrumento versão ACS

Fator	Auto-valor	% da variância	% da variância acumulada	Número de itens
1	5,2	7,8	7,8	14
2	3,7	5,6	13,4	12
3	3,6	5,4	18,8	8
4	2,6	3,9	22,7	6
5	2,4	3,6	26,3	7
6	2,1	3,3	29,6	4
7	2,1	3	32,6	3
8	2	3,1	35,7	3

Os oito fatores do instrumento versão ACS respondem, em seu conjunto, por percentual da variância total de 35,7%. A análise fatorial com oito fatores fixos fundamentou-se no referencial teórico do instrumento original (CASSADY *et al.*, 2000; SHI; STARFIELD; JIAHONG, 2001) e nos estudos de validação do PCAT crianças e adultos para o Brasil (HARZHEIM *et al.*, 2006a; HARZHEIM *et al.*, 2006b), que avaliou que essa estrutura era a mais pertinente para representar os atributos da APS.

Para conhecer o comportamento dos itens do “Instrumento de avaliação do desempenho da atenção primária nas ações de controle da hanseníase” versão ACS, foi realizada a extração de carga fatorial utilizando rotação ortogonal (*Varimax*) e os itens que apresentaram a carga fatorial acima de 0,35 foram considerados relacionados com o construto de interesse (Tabela 12). Os itens com carga fatorial menor a esse foram desconsiderados.

³⁷ Domínios dos atributos da APS do “Instrumento de avaliação do desempenho da atenção primária nas ações de controle da hanseníase”: 1. Porta de entrada; 2. Acesso; 3. Atendimento continuado; 4. Integralidade dos Serviços Disponíveis e Prestados; 5. Coordenação; 6. Orientação familiar; 7. Orientação comunitária; 8. Orientação Profissional.

³⁸ Interpretado na saída do SPSS *Rotation Sums of Squared Loadings*.

Tabela 12: Análise de Componentes Principais do instrumento versão ACS para oito fatores

Itens	FATORES							
	1	2	3	4	5	6	7	8
C1					0,490			
C2					0,382			
C3					0,625			
C4					0,414			
D1								
D2								-0,464
D3						0,729		
D4						0,775		
D5						0,410		
D6		0,367						
D7								
D8							0,382	
D9						0,361		
D10							0,501	
E1								0,619
E2								0,542
E3								
E4				0,534				
E5								
E6				0,622				
E7				0,693				
E8				0,750				
E9			0,399	0,390				
E10				0,688				
F1					0,549			
F2		0,454						
F3		0,391						
F4		0,648						
F5		0,695						
F6		0,404						
F7		0,471						
F8		0,491						
F9		0,529						
F10		0,450						
F11		0,607						
F12		0,436						
F13					0,482			
F14	0,389							
F15								
F16					0,520			
F17	0,604							
F18	0,545							
F19	0,401							
F20	0,653							
F21	0,350							
F22	0,602							
F23								0,443
G1								
G2								
G3	0,585							
G4			0,345					
H1			0,318				0,374	
H2			0,670					
H3			0,530					
H4			0,624					
H5			0,634					
H6			0,667					
H7			0,546					
H8			0,506					
I3	0,415							
I4	0,577							
I5	0,486							
I6	0,609							
I7								
J1	0,671							
J2	0,548							

Após a análise dos componentes da matriz rotacionada, foram excluídos oito itens do instrumento (D1, D7, E3, E5, F15, G1, G2, I7), destacados na cor laranja, por não ter tido carga fatorial superior a 0,35. Na análise fatorial exploratória, houve estudos de validação do PCAT que utilizaram como ponto de corte para permanência do item ter carga fatorial acima de 0,40 (CASSADY *et al.*, 2000), bem como teve estudos que utilizaram a carga fatorial de 0,35 (SHI; STARFIELD; JIAHONG, 2001; HARZHEIM *et al.*, 2006a; HARZHEIM *et al.*, 2006b; HARZHEIM *et al.*, 2013; BERRA *et al.*, 2013). No “Instrumento de avaliação do desempenho da atenção primária nas ações de controle da hanseníase – versão ACS”, a definição do ponto de corte de 0,35 mostrou-se adequada.

O item G4 foi incluído no domínio “Orientação Familiar”, que apesar da carga fatorial ter sido 0,345, considera-se importante ação do ACS na atenção à saúde ao paciente de hanseníase e à sua família. O item G3 foi transferido para o construto “Orientação Profissional” uma vez que a leitura de materiais instrucionais pode colaborar com a formação desse profissional para realizar uma visita domiciliar direcionada para a hanseníase. Como os itens G1 e G2 foram excluídos e os itens G3 e G4 foram transferidos para outros domínios, foi excluído o atributo “Coordenação” na versão final do instrumento.

A análise fatorial confirmou a alocação prévia dos itens segundo seus construtos, com exceção dos itens do domínio “Coordenação”, sendo que G1 e G2 foram excluídos por baixa carga fatorial e G3 e G4 foram redistribuídos em outros domínios (orientação profissional e orientação familiar, respectivamente). Do ponto de vista teórico, justifica-se a exclusão do domínio “Coordenação”, pois não é esperado que o ACS realize a coordenação do cuidado³⁹. O objetivo de redução de itens e construção da versão final do instrumento por meio da análise fatorial exploratória foi alcançado uma vez que oito itens foram excluídos por baixa carga fatorial e dois itens foram realocados em outros domínios.

Após a exclusão dos oito itens, o percentual da variância explicada acumulada para os oito fatores extraídos foi de 40,2% (resultados não mostrados). A variância explicada das várias versões dos instrumentos PCAT após a extração dos fatores foram de 39,4% (HARZHEIM *et al.*, 2006a); 48% (CASSADY *et al.*, 2000); 50,9% (HARZHEIM *et al.*, 2013); 57,4% (BERRA *et al.*, 2013); 75% (HAUSER *et al.*, 2013) e 88,1% (SHI; STARFIELD; JIAHONG, 2001). No instrumento aqui apresentado, os itens explicam 35,7% da variância,

³⁹ Pressupõe alguma forma de continuidade seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas abordados em outros serviços e a integração deste cuidado no cuidado global do paciente. O provedor de atenção primária deve ser capaz de integrar todo cuidado que o paciente recebe através da coordenação entre os serviços (BRASIL, 2010d, p. 9).

resultado que pode ser considerado satisfatório por se tratar de uma ferramenta que avalia a qualidade dos serviços de atenção primária à saúde na realização das ACH.

A validade fatorial confirmou a natureza multidimensional do instrumento e conceitual do fenômeno. Ao analisar a distribuição dos itens em cada fator (Tabela 12), verificamos uma distribuição de itens que compõem distintos atributos em um mesmo fator, resultado também encontrado na validação do PCAT profissionais (HAUSER *et al.*, 2013).

O primeiro fator, que responde por uma variância explicada de 7,8% (Tabela 11), é composto por itens da Integralidade dos Serviços Prestados, Orientação Comunitária e Profissional, dado que sugere uma forte relação entre a capacitação profissional e a realização do acompanhamento do caso de hanseníase nas visitas domiciliares, da divulgação dos sinais e sintomas e da busca de sintomáticos dermatológicos. Outra relação evidenciada foi entre os itens que compõem o atributo Porta de Entrada e a procura do serviço de APS para vacinas e curativos, ações tradicionalmente disponíveis nos serviços públicos de saúde. Para Hauser e colaboradores (2013), esses resultados ressaltam a “adequação do instrumento ao conceito de APS, no qual os atributos podem ser operacionalmente segmentados, mas se apresentam, na realidade dos serviços, completamente interligados” (p. 252).

Para realizar a análise da consistência interna pelo coeficiente Alfa de Cronbach (Tabela 13) foi utilizada a versão instrumento validada pela análise fatorial que possui, no total, 57 itens. O alfa de Cronbach geral para o instrumento versão ACS foi de 0,861 e o valor de alfa se o item fosse excluído variou entre 0,794 (H6 e H8) e 0,818 (D2), resultado que evidencia que a exclusão de itens não melhora o coeficiente geral do alfa de Cronbach.

No entanto, ao avaliar a consistência interna dos atributos (Tabela 13), verifica-se que vários atributos apresentaram valores de alfa de Cronbach menores do que 0,7. Na validação do PCAT profissionais para o Brasil (HAUSER *et al.*, 2013), os autores também encontraram atributos com baixa consistência interna (acesso de primeiro contato e coordenação) e adotaram os seguintes parâmetros para a interpretação do alfa de Cronbach: valores inferiores a 0,50 foram considerados insuficientes, valores entre 0,50 e 0,70 moderados e valores acima de 0,70 adequados.

Tabela 13: Resultados da análise de confiabilidade e fidedignidade dos atributos do instrumento versão ACS

Atributos do instrumento	Alfa de Cronbach	Teste de Wilcoxon	ICC
Porta de entrada	0,507	$p = 0,238$	0,38*
Acesso	0,253	$p = 0,057$	0,81*
Atendimento continuado	0,670	$p \leq 0,001$	0,97*
Integralidade: serviços disponíveis	0,679	$p \leq 0,001$	0,91*
Integralidade: serviços prestados	0,721	$p = 0,003$	0,77*
Orientação familiar	0,752	$p = 0,352$	0,98*
Orientação comunitária	0,675	$p \leq 0,001$	0,57*
Orientação profissional	0,608	$p = 0,003$	0,64*

*Nível de significância 5%

Ao utilizar esses parâmetros propostos na validação do PCAT profissionais, os resultados da precisão do “Instrumento de avaliação do desempenho da atenção primária nas ações de controle da hanseníase” versão ACS sugerem consistência interna adequada para os atributos integralidade dos serviços prestados e orientação familiar; consistência moderada para porta de entrada, atendimento continuado, integralidade dos serviços disponíveis, orientação comunitária e profissional; e consistência inadequada para o atributo acesso (0,253). Para Hauser e colaboradores (2013), os itens que compõem os atributos que apresentaram consistência interna inadequadas podem ser mantidos no instrumento apesar da fragilidade das propriedades psicométricas, pois são relevantes na avaliação do construto de interesse. Ainda complementam que “essas fragilidades podem ser aceitas também por tratar-se de um instrumento que almeja medir numerosas e diversas características de diferentes sistemas de saúde” (HAUSER *et al.*, 2013, p. 253).

Ao avaliar a fidedignidade e a estabilidade dos escores no teste-reteste pelo Teste de Wilcoxon, verifica-se que 25 itens (D2; D5; D6; E7; F1; F2; F3; F4; F5; F6; F7; F8; F9; F10; F11; F12; F13; F14; F16; F21; F22; I3; I4; I6 e G3) tiveram diferenças nas respostas em dois momentos diferentes e somente os escores dos atributos porta de entrada, acesso e orientação familiar mantiveram estáveis. Como o instrumento mede a orientação da APS na realização das ações de controle da hanseníase, pode-se atribuir essa diferença das medidas – dos 25 itens e dos atributos atendimento continuado, integralidade dos serviços disponíveis e prestados, orientação comunitária e profissional - às alterações na experiência dos ACS na identificação dos aspectos de estrutura e processo que são medidas pelo instrumento. Na validação do PCAT versão crianças para o Brasil também houve baixa concordância dos resultados do atributo “Integralidade” no teste-reteste (HARZHEIM *et al.*, 2006a).

O coeficiente de correlação intraclasse (ICC) foi utilizado para a análise da confiabilidade da medida dos itens utilizados na obtenção de cada atributo nos dois momentos da coleta. Verifica-se, de acordo com a Tabela 13, que o atributo porta de entrada apresenta repetibilidade frágil ($ICC < 0,40$), orientação comunitária e profissional repetibilidade moderada e os atributos acesso, atendimento continuado, integralidade dos serviços disponíveis e prestados, orientação familiar apresentam reprodutibilidade excelente (ICC acima de 0,75). O ICC geral do instrumento foi de 0,849 (p valor $< 0,001$) e ao excluir os itens que se modificaram entre o teste-reteste essa correlação baixa para 0,793 (p valor $< 0,001$), o que não justifica a exclusão dos 25 itens da versão final, pois essa modificação observada nas respostas através do teste de Wilcoxon se explica pela natureza dos itens, cujos escores são passíveis de serem modificados em dois momentos diferentes no tempo se houver mudança na experiência dos sujeitos da pesquisa.

O estudo de validação do PCAT Profissionais (HAUSER *et al.*, 2013) também alterações na experiência dos ACS na identificação dos aspectos de estrutura e processo que são medidas pelo instrumento e, na versão final do instrumento, foram mantidos devido à importância conceitual para discriminar a orientação do serviço de saúde à APS. Esses autores afirmam que as fragilidades na validação dos itens podem ser aceitas por se tratar de um instrumento que mede diversas características do sistema de saúde, que possui diversas formas de organização (HAUSER *et al.*, 2013). Sendo assim, no cenário escolhido para validação do PCATool Profissionais, os itens podem ter tido um comportamento de baixa discriminação ao obter respostas concentradas em uma das opções da escala, fenômeno que dificulta o processo de validação de instrumentos de medida, porém esses itens não validados podem ser úteis na avaliação da orientação dos serviços de saúde à APS em outros cenários, o que justifica a permanência na versão final do instrumento (HAUSER *et al.*, 2013).

Apesar das limitações relacionadas à precisão do “Instrumento de avaliação do desempenho da atenção primária nas ações de controle da hanseníase” versão ACS, podemos considerá-lo válido e confiável para medir a presença e extensão dos atributos da APS na atenção à hanseníase. Porém, é preciso realizar a aplicação desse instrumento em outros cenários para determinar a consistência das propriedades psicométricas, principalmente em relação à confiabilidade dos itens. A versão final do instrumento está descrita no APÊNDICE M – página 282.

4.1.4 Validação de construto, análise da confiabilidade e fidedignidade do instrumento versão profissionais médicos e enfermeiros

Participaram da pesquisa 124 profissionais de saúde – médicos e enfermeiros - cuja caracterização está descrita na Tabela 14.

Tabela 14 - Descrição da amostra dos médicos e enfermeiros estratificada por município.

Almenara, Teófilo Otoni e Governador Valadares, 2012

Variáveis	Municípios do Estudo		
	Almenara	Teófilo Otoni	Governador Valadares
Número de profissionais (n/%):	14 (100%)	39 (100%)	71 (100%)
Médicos	6 (42,9%)	12 (30,8%)	27 (38%)
Enfermeiros	8 (57,1%)	27 (69,2%)	44 (62%)
Tipo de unidade de saúde (n/%):			
ESF	14 (100%)	32 (82%)	67 (94,4%)
EACS	---	7 (18%)	4 (5,6%)
UBS	---	---	
Treinamentos em ACH (n/%):			
Sim	13 (92,9%)	18 (46,1%)	60 (84,5%)
Não	1 (7,1%)	21 (53,9%)	11 (15,5%)
Caso de hanseníase na atual unidade da APS (n/%):			
Sim	13 (92,9%)	6 (15,4%)	34 (47,9%)
Não	1 (7,1%)	33 (84,6%)	37 (52,1%)
Tempo de atuação em serviços de APS (em meses) (média/desvio padrão)			
Médicos	113,7 (±50,2)	68,3 (±60,8)	113,8 (±115,3)
Enfermeiros	40,7 (±24,9)	46,7 (±31,7)	52,6 (±45,6)
Tempo de atuação na atual unidade de APS (em meses) (média/desvio padrão)			
Médicos	32,7 (±28,6)	14 (±16,7)	35,2 (±41,6)
Enfermeiros	32,6 (±26,5)	15,7 (±15,8)	32,6 (±33,6)

A análise da frequência das respostas dos itens do instrumento versão Profissionais Médicos e Enfermeiros evidenciou que os itens F.4, G.1 e G.14 apresentaram variância nula, portanto, esses itens foram excluídos na AFE. No total, 84 itens foram submetidos à AFE, porém o resultado do KMO foi de 0,409, o que aponta a inadequação do tamanho da amostra para realizar essa análise (FIGUEIREDO FILHO; SILVA JÚNIOR, 2010). Mesmo cientes da inadequação da amostra, optamos por realizar a análise fatorial somente para explorar o comportamento dos itens dos atributos e efetuar a exclusão dos itens em espelho à versão do instrumento destinada aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que foi validada. Esse procedimento justifica-se pelo fato das versões do “Instrumento de avaliação do desempenho da atenção primária nas ações de controle da hanseníase” terem sido construídas em espelho. Como a versão do ACS não possui o atributo coordenação utilizou-se, nesse atributo, o parâmetro de exclusão do item que não possuía carga fatorial acima de 0,35. Ao adotar esses procedimentos, conseguimos avaliar a permanência, transferência ou exclusão dos itens do instrumento versão profissionais para chegar à versão final. Para a extração da carga fatorial dos itens foi realizado a rotação ortogonal do tipo *Varimax* e Tabela 15 mostra a análise dos componentes principais do instrumento.

Tabela 15 - Análise de Componentes Principais do instrumento versão profissionais médicos e enfermeiros para oito fatores
(continua)

Itens	FATORES							
	1	2	3	4	5	6	7	8
C1					0,529			
C2					0,408			
C3					0,445			
C4		0,370			0,205			
D1	-0,054	-0,147	0,102	0,067	0,184	0,156	0,094	0,042
D2								-0,373
D3	0,062	0,071	-0,065	0,165	-0,051	0,167	0,171	0,256
D4								0,414
D5	-0,189	0,002	0,021	0,172	-0,216	0,105	-0,019	0,020
D6					0,432			
D7								
D8								0,501
D9		0,615						
D10	0,404							
E1	0,183	0,263	-0,166	-0,042	0,080	-0,016	-0,317	0,099
E2		0,507						
E3			0,576					
E4	0,609							
E5	0,349						-0,375	
E6			0,471					
E7			0,571					
E8			0,500					
E9	0,380							
E10	0,695							

Tabela 15 - Análise de Componentes Principais do instrumento versão profissionais médicos e enfermeiros para oito fatores

(conclusão)

Itens	FATORES							
	1	2	3	4	5	6	7	8
I5					0,578			
I6					0,568			
I7					0,536			
J1								
J2						0,342		
J3						0,736		
J4					0,450			

De acordo com a Tabela 15, que mostra a carga fatorial dos itens do instrumento versão profissionais, foram destacados os seguintes itens:

- Itens com a segunda maior carga em outro fator: destaque na fonte cor azul;
- Itens excluídos do instrumento (carga fatorial abaixo de 0,35): estão com o realce na cor laranja;
- Itens que não tiveram carga fatorial superior a 0,35, mas permaneceram na versão do instrumento dos profissionais em espelho à versão dos ACS: estão com o realce da cor amarelo.

O “Instrumento de avaliação do desempenho da atenção primária nas ações de controle da hanseníase” – versão Profissionais validada em espelho à versão ACS é composto pelos seguintes itens:

- Atributo “**Porta de Entrada**”: C.1, C.2 e C.3 apresentaram carga fatorial acima de 0,35 no quinto fator e C.4 no segundo fator, mas com a sua 2ª carga no quinto fator. Todos os itens foram mantidos e estão na versão do instrumento validada para os ACS.
- Atributo “**Acesso**”: foi excluído o item D.7 por não ter tido carga fatorial acima de 0,35 e por ter sido excluído na versão dos ACS. Esse atributo teve maior concentração de itens no oitavo fator (D.2, D.4, D.8). Julgamos que os itens D.1, D.3, D.5, que não tiveram carga fatorial acima de 0,35, são importantes para avaliar o acesso na perspectiva dos profissionais, portanto, foram mantidos nesse instrumento, apesar de que o item D.1 ter sido excluído da versão validada para os ACS. Os itens D.6, D.9, D.10 tiveram uma distribuição de sua carga em outros fatores, mas acima de 0,35. No entanto, foram mantidos.

- c) Atributo **“Atendimento Continuado”**: os itens E.2 a E.10 tiveram carga fatorial acima de 0,35, com maior concentração no primeiro e terceiro fatores. O item E.1 não teve carga fatorial satisfatória, mas foi mantido em espelho da versão ACS. Consideramos que os itens E.3 e E.5, que foram excluídos na versão validada para os ACS, são pertinentes para avaliar o vínculo dos médicos e enfermeiros com os pacientes de hanseníase, portanto, contribuem para a continuidade do cuidado. Foi incluído o item G.6 uma vez que o mesmo ficou no primeiro fator, alinhado com E.4, E.9, E.10 e a segunda carga fatorial do E.5.
- d) Atributo **“Integralidade”** - Domínio Serviços Disponíveis: esse subdomínio do atributo Integralidade é composto pelos itens F.1 a F.17. Na análise fatorial exploratória, o item F.4 não entrou na análise. Todos os itens desse atributo foram mantidos apesar de que F.12, F.14 e F.17 não ter tido carga fatorial satisfatória. É importante destacar que tivemos uma exclusão de um item desse atributo no instrumento validado para os ACS (F.15), porém foi mantido na versão dos profissionais.
- e) Atributo **“Integralidade”** - Domínio Serviços Prestados: esse subdomínio do atributo Integralidade é composto pelos itens F.18 a F.23. Tivemos uma concentração de todos os itens no sexto fator e todos foram mantidos.
- f) Atributo **“Coordenação”**: como esse domínio foi excluído na validação do instrumento para os ACS, avaliamos a carga fatorial dos itens para decidir a sua manutenção no instrumento. O item G.1 foi excluído automaticamente por ter variância nula, mas o item G.14, que também tem essa mesma característica, foi mantido no questionário, mas passará por uma reformulação semântica. Os itens G.2, G.3, G.4, G.5, G.8, G.10, G.16, G.17, G.19 e G.20 foram mantidos, pois possuem carga fatorial acima de 0,35. O item G.18 foi mantido na versão final do instrumento, pois possui carga fatorial limítrofe (0,338).
- g) Atributo **“Orientação Familiar”**: todos os itens desse atributo foram mantidos (cargas fatoriais acima de 0,35) e tiveram concentração no primeiro e terceiro fator, com exceção do H.1.

- h) Atributo **“Orientação Comunitária”**: todos os itens desse atributo com cargas fatoriais acima de 0,35 (I.1, I.3, I.5, I.6, I.7) ficaram concentrados no quinto fator. Foram excluídos os itens I.2 e I.4.
- i) Atributo **“Orientação Profissional”**: foi excluído o item J.1. O item J.2, apesar de ter tido uma carga fatorial de 0,342, foi mantido devido à sua importância teórica.

Mesmo tendo realizado a coleta de dados em 100% dos profissionais médicos e enfermeiros que estavam presentes nas unidades de saúde e que aceitaram participar da pesquisa, o tamanho da amostra não foi suficiente para realizar a análise fatorial. No entanto, a AFE foi realizada para conhecer o comportamento dos itens do instrumento destinado aos médicos e enfermeiros para avaliar o desempenho da APS no controle da hanseníase. A distribuição de itens que originalmente foram atribuídos em atributos distintos, mas que na AFE representam um mesmo fator (exemplo: o primeiro fator agrega a maioria dos itens dos atributos acesso, atendimento continuado e orientação familiar), é uma característica também encontrada na validação do PCAT profissionais (HAUSER *et al.*, 2013). Para esses autores,

essa inter-relação de itens que representam distintos atributos em um mesmo fator ressalta a adequação do instrumento ao conceito de APS, no qual os atributos podem ser operacionalmente segmentados, mas se apresentam, na realidade dos serviços, completamente interligados (HAUSER *et al.*, 2013, p.252).

Após a exploração do comportamento dos itens e a comparação com a versão validada para o ACS, o instrumento destinado aos enfermeiros e médicos teve a exclusão de 11 itens (D.7, G.1, G.7, G.9, G.11, G.12, G.13, G.15, I.2, I.4, J.1). A composição final desse instrumento está descrita na Tabela 7 (página 78).

Ressalta-se que a validade fatorial do “Instrumento de avaliação do desempenho da atenção primária nas ações de controle da hanseníase” versão profissionais deverá ser realizada em outros estudos para determinar se os itens que compõem os atributos representam o conteúdo a ser medido (HAIR JÚNIOR *et al.*, 2009) e sugere-se o emprego da metodologia utilizada nos estudos de validação brasileira do PCAT (HARZHEIM *et al.*, 2006a; HARZHEIM *et al.*, 2006b; HARZHEIM *et al.*, 2013; HAUSER *et al.*, 2013).

Para realizar a análise da consistência interna pelo coeficiente Alfa de Cronbach foi utilizada a versão do instrumento descrita na Tabela 7, que possui 76 itens. Como os itens E.4, F.1, F.2, F.4, F.5, F.8, F.10, F.11, F.13, F.20, G.17 e H.6 tiveram variância nula, eles foram excluídos da análise da consistência interna, que foi avaliada somente com 63 itens. O alfa de

Cronbach geral para o instrumento versão profissionais foi de 0,919 e o valor de alfa se o item fosse excluído variou entre 0,889 (I.3, F.14 e J.3) e 0,908 (D.10).

Os resultados da análise da consistência interna e da fidedignidade (estabilidade teste-reteste) dos atributos do instrumento versão profissionais estão descritos na Tabela 16.

Tabela 16: Resultados da confiabilidade e fidedignidade dos atributos do instrumento versão profissionais

Atributos do instrumento	Alfa de Cronbach	Teste de Wilcoxon	ICC
Porta de entrada	0,662	$p = 0,01$	0,72*
Acesso	0,418	$p = 0,152$	0,86*
Atendimento continuado	0,633	$p = 0,397$	0,99*
Integralidade: serviços disponíveis	0,767	$p = 0,953$	0,67*
Integralidade: serviços prestados	0,745	$p = 0,211$	0,86*
Coordenação	0,793	$p = 0,678$	0,97*
Orientação familiar	0,847	$p = 0,066$	0,99*
Orientação comunitária	0,732	$p = 0,092$	0,74*
Orientação profissional	0,515	$p = 0,779$	0,61*

*Nível de significância 5%

Como foi utilizada a escala tipo Likert como opções de respostas do instrumento, é imperativo calcular o alfa de Cronbach (HAIR JÚNIOR *et al.*, 2009), que foi inadequado em quatro dos oito atributos do instrumento (porta de entrada, acesso, atendimento continuado e orientação profissional). Foi determinado o ponto de corte do alfa acima de 0,7, limite também utilizado em outros estudos de validação do PCAT (HARZHEIM *et al.*, 2006a; HARZHEIM *et al.*, 2006b). Porém, em pesquisas exploratórias, esse limite poderá ser diminuído para 0,6 (HAIR JÚNIOR *et al.*, 2009), como no estudo de validação do PCAT profissionais, que estabeleceu um valor de alfa aceitável acima de 0,5 (HAUSER *et al.*, 2013). Assim, na versão aqui apresentada, somente o atributo acesso apresentou um valor de alfa insuficiente.

A confiabilidade teste-reteste, que mediu a consistência das respostas em dois pontos no tempo (HAIR JÚNIOR *et al.*, 2009), mostrou que o único atributo que apresentou diferença no escore obtido no teste e no reteste foi “porta de entrada” (p valor= 0,01) e, ao avaliar o comportamento dos itens, somente as questões C.2 e F.21 tiveram p valor abaixo de 0,05. Essa diferença que pode ser atribuída às alterações na experiência dos enfermeiros e médicos na identificação dos aspectos de estrutura e processo que são medidas pelo instrumento. Nos estudos de validação do PCAT versão crianças (HARZHEIM *et al.*, 2006a) e profissionais (HAUSER *et al.*, 2013) também houve diferença de concordância do atributo

“integralidade” e “orientação familiar”, respectivamente. Na validação do PCATool usuários adultos (HARZHEIM *et al.*, 2013), a estabilidade temporal não foi verificada para coordenação do cuidado, coordenação de sistema de informação e integralidade de serviços prestados. O Coeficiente de Correlação Intraclasse para todos os itens do instrumento foi de 0,99 (p valor $<0,001$) e ao excluir os itens C.2 e F.21, que se modificaram entre o teste-reteste, essa correlação mantém 0,99 (p valor $<0,001$), o que demonstra excelente repetibilidade. Ao avaliar o ICC de cada atributo, todos apresentaram resultados que satisfazem a característica de reprodutibilidade do instrumento.

A coleta de dados em três cenários heterogêneos na integração das ACH na APS, característica evidenciada pelo percentual de enfermeiros e médicos que atenderam caso de hanseníase na unidade de atenção primária (Almenara: 92,9%; Governador Valadares: 47,9% e Teófilo Otoni: 15,4%) sugere ser uma limitação do estudo de validade e fidedignidade do instrumento, o que aumentou a frequência de respostas do tipo *missings* nos atributos atendimento continuado, coordenação e orientação familiar. Embora o instrumento proposto tenha um número extenso de itens, tal como o PCATool profissionais (HAUSER *et al.*, 2013; BRASIL, 2010d), o “Instrumento de avaliação do desempenho da atenção primária nas ações de controle da hanseníase” permitirá identificar possíveis indicadores de baixa qualidade que necessitam de reformulação e/ou monitoramento (HAUSER *et al.*, 2013).

Como o “Instrumento de avaliação do desempenho da atenção primária nas ações de controle da hanseníase” versão Profissionais foi validado em espelho à versão do ACS, são necessários novos estudos para realizar a validação desse instrumento (PASQUALI, 2009).

4.1.5 Validação de construto e análise da fidedignidade do instrumento versão usuários

Como definimos que os pacientes de hanseníase que realizaram o tratamento na unidade de atenção secundária ou em consultórios particulares seriam excluídos do estudo, participaram da pesquisa somente 31 pacientes, sendo que 77,4% ($n=24$) são do município de Almenara. Em Governador Valadares, a partir do ano de 2010, houve um retrocesso no processo de integração das ações de controle da hanseníase na APS, sendo que essa atenção passou a ser, quase que exclusivamente, desempenhada pelo serviço de referência da atenção secundária. A atenção à hanseníase em Teófilo Otoni é centralizada na policlínica municipal e desempenhada por especialistas. Dessa forma, nenhum usuário do serviço de Teófilo Otoni participou da pesquisa. A caracterização dos participantes na pesquisa está descrita na Tabela 17.

Tabela 17 - Descrição da amostra dos usuários do serviço de hanseníase estratificada por município. Almenara e Governador Valadares, 2012

Variáveis	Municípios do Estado	
	Almenara	Governador Valadares
Sexo (n/%):		
Feminino	8 (33,3)	6 (85,7%)
Masculino	16 (66,7%)	1 (14,3%)
Idade (média/desvio padrão):	62,2 (\pm 17,3)	51,57 (\pm 16,7)
Escolaridade (n/%):		
Sem escolaridade	10 (41,7%)	4 (57,1%)
Até 7 anos de estudo	11 (45,8%)	1 (14,3%)
De 8 a 10 anos de estudo	3 (12,5%)	1 (14,3%)
Mais de 11 anos de estudo	---	1 (14,3%)
Ocupação		
Aposentado(a)	14 (58,3%)	3 (42,8%)
Dona de casa	2 (8,3%)	2 (28,6%)
Outras atividades remuneradas	7 (29,2%)	2 (28,6%)
Desempregado	1 (4,2%)	---
Ano de notificação (n/%):		
2012	4 (16,8%)	---
2011	7 (29,1%)	1 (14,3%)
2010	6 (25%)	---
2009	7 (29,1%)	6 (85,7%)
Modo de detecção (n/%):		
Encaminhamento	6 (25%)	1 (14,3%)
Demanda espontânea	13 (54,2%)	3 (42,8%)
Exame de coletividade	---	2 (28,6%)
Outros modos	2 (8,3%)	---
Ignorado	3 (12,5%)	1 (14,3%)
Classificação operacional (n/%):		
Paucibacilar	3 (12,5%)	5 (71,4%)
Multibacilar	21 (87,5%)	2 (28,6%)
Total:	24	7

A análise fatorial foi realizada para explorar o comportamento dos itens com os fatores, como foi realizado na base de dados dos profissionais, uma vez que o tamanho da amostra foi muito pequeno e não tivemos o resultado da estatística KMO. Os itens F.2, F.3, F.4, F.8 e F.11 apresentaram variabilidade nula, portanto, não entraram no modelo da AFE. A Tabela 18 exibe a matriz rotacionada com os itens que possuem carga fatorial superior a 0,35.

Tabela 18 - Análise de Componentes Principais do instrumento versão usuários para oito fatores

(continua)

Itens	FATORES							
	1	2	3	4	5	6	7	8
C1								0,445
C2			0,556					
C3							0,658	
C4				0,665				
D1						0,582		
D2				-0,408				
D3				-0,487				
D4			0,577					
D5			0,447					
D6	0,350							
D7						-0,645		
D8				0,584				
D9			0,427					
D10	0,110	0,210	-0,179	0,066	-0,143	0,162	0,181	0,123
E1		0,548						
E2								0,400
E3		0,710						
E4		0,388						
E5		0,356						
E6			0,480					
E7	0,807							
E8	0,817							
E9		0,576						
E10		0,599						
E11	0,860							
F1					0,740			
F5					0,790			
F6	-0,147	-0,087	0,054	0,032	0,009	-0,083	0,051	0,200
F7								0,774
F9								0,772
F10						0,377		
F12						0,556		
F13					0,726			
F14	0,131	0,223	-0,011	-0,143	0,041	0,078	-0,233	-0,023
F15								0,684
F16								0,412
F17					0,740			
F18						0,526		
F19						0,532		
F20						0,563		
F21	0,722							
F22	0,574							
F23				0,438				
F24						0,511		
F25	0,633							
F26				0,351				
F27			0,433					
F28						0,443		
F29	0,659							
F30	0,543							

Tabela 18 - Análise de Componentes Principais do instrumento versão usuários para oito fatores (conclusão)

Itens	FATORES							
	1	2	3	4	5	6	7	8
F31								0,355
F32		0,759						
F33		0,720						
F34		0,585						
F35	0,373							
F36					0,517			
F37						0,473		
F38		0,482						
F39							0,687	
F40							0,659	
F41				0,548				
F42						0,525		
F43							0,910	
G1			0,890					
G2			0,887					
G3				0,475				
G4					-0,618			
G5	-0,236	-0,280	0,151	-0,051	0,013	-0,019	0,164	0,007
G6						-0,750		
G7								0,524
G8								0,621
G9				0,561				
H1			0,713					
H2								0,478
H3				0,459				
H4			0,671					
H5			0,397					
H6				0,527				
H7				0,520				
H8				0,416				
H9								0,365
I1						-0,516		
I2				0,535				
I3								0,410
I4							-0,384	
I5								0,538
I6							-0,560	

Foram destacados na Tabela 18:

- Itens com carga fatorial acima de 0,35 mas foram retirados da versão final do instrumento: estão destacados de realce laranja;
- Itens com carga fatorial abaixo de 0,35, mas permaneceram na versão final do instrumento: estão com o realce da cor azul.
- Item com carga fatorial abaixo de 0,35 e foi excluído: está destacado de realce rosa.

A versão final do instrumento destinado aos usuários, validada em espelho da versão ACS, é composto pelos seguintes itens:

- a) Atributo **“Porta de Entrada”**: Todos os itens foram mantidos (em espelho do instrumento validado para os ACS) apesar de estarem em quatro fatores diferentes.
- b) Atributo **“Acesso”**: foi excluído o item D.7 (apesar de ter tido carga fatorial satisfatória) uma vez que foi excluído na versão do ACS. Esse atributo teve maior concentração de itens no terceiro fator (D.4, D.5, D.9) e no quarto (D.2, D.3, D.8). Julgamos que o item D.1 é importante para avaliar o acesso na perspectiva dos usuários, portanto, foi mantido nesse instrumento, apesar de ter sido excluído na versão do ACS. O item D.6 foi mantido pois teve carga fatorial de 0,35 no primeiro fator. Já o item D.10, que apresentou carga fatorial abaixo de 0,35, foi mantido nesse instrumento devido à sua importância em avaliar o acesso em caso de complicações decorrentes da hanseníase.
- c) Atributo **“Atendimento Continuado”**: todos os itens originalmente construídos para esse atributo tiveram carga fatorial acima de 0,35, com concentração maior no primeiro e segundo fator. Foram incluídos os itens G.1 e G.2 que ficaram alinhados com o E.6 no terceiro fator.
- d) Atributo **“Integralidade” - Domínio Serviços Disponíveis**: é composto pelos itens F.1 a F.17. Na análise fatorial exploratória, os itens F.2, F.3, F.4, F.8 e F.11 não entraram na análise por ter tido variância nula. Todos os itens desse atributo foram mantidos apesar de que F.6 e F.14 não ter tido carga fatorial acima de 0,35. É importante destacar que tivemos uma exclusão nesse atributo no instrumento dos ACS, porém foi mantido na versão dos profissionais e também na de usuários.
- e) Atributo **“Integralidade” - Domínio Serviços Prestados**: é composto pelos itens F.18 a F.43 e todos os itens foram mantidos (carga fatorial acima de 0,35).
- f) Atributo **“Coordenação”**: os itens G.3 e G.4, que possuem carga fatorial satisfatória, foram retirados da versão final do instrumento dos usuários, pois os pesquisadores do estudo avaliaram que são pouco discriminantes do domínio de coordenação. O item G.5 foi excluído por não ter tido carga fatorial. Na versão

final do instrumento, esse domínio será respondido somente pelos usuários que forem encaminhados para o especialista. Dessa forma, foram mantidos os itens G.6, G.7, G.8 e G.9.

- g) Atributo “**Orientação Familiar**”: todos os itens desse atributo foram mantidos (cargas fatoriais acima de 0,35) e foi incluído o item I.2, que está alinhado com alguns itens do bloco H no quarto fator.
- h) Atributo “**Orientação Comunitária**”: foi excluído o item I.1, mesmo com carga fatorial de 0,516, porém tem relação inversa (carga negativa). Os demais itens foram mantidos.

A validação de construto foi realizada em espelho à versão destinada aos agentes comunitários de saúde (ACS), uma vez que a amostra dos ACS foi adequada para a análise fatorial exploratória. Nessa etapa, cinco itens da versão usuários foram excluídos (D.7, G.3, G.4, G.5, I.1) e a composição final desse instrumento está descrita na Tabela 7 (página 78).

O instrumento final, composto de 104 itens, foi avaliado quanto à sua confiabilidade. Como o tamanho da amostra foi pequeno, somente 31 usuários, não foi possível realizar a análise fatorial exploratória (que reduz o conjunto de itens do instrumento a um tamanho que mantém o máximo de informação possível) e a análise da consistência interna dos itens (que avalia a homogeneidade dos itens que visam medir um mesmo construto).

Os resultados da estabilidade temporal e da reprodutibilidade do instrumento estão descritos na Tabela 19. Verifica-se que os escores de todos os atributos do instrumento mantiveram estáveis no teste e no reteste, que é uma medida de fidedignidade. Dessa forma, os resultados mostraram que o instrumento destinado aos pacientes de hanseníase é preciso e mensurou escores sem diferenças estatisticamente significantes, dos mesmos respondentes, em dois momentos diferentes no tempo (HAIR JÚNIOR *et al.*, 2009). Dessa forma, o instrumento aqui apresentado possui precisão na medida, avaliada pela mesma metodologia utilizada na validação do PCAT versão adultos (HARZHEIM *et al.*, 2013).

Já o teste de reprodutibilidade – mensurado pelo Coeficiente de Correlação Interna – mostrou que os atributos atendimento continuado (ICC = 0,30) e orientação familiar (ICC = 0,18) apresentam fragilidades nessa característica psicométrica. Não foi possível calcular o ICC para o atributo integralidade dos serviços disponíveis devido à variabilidade nula, sendo que as respostas ficaram polarizadas nas alternativas “com certeza, sim” e “com certeza, não”.

Assim, pode-se inferir que o entrevistado não compreendeu a diferença de graduação entre as opções “com certeza” e “provavelmente”.

Tabela 19 - Avaliação da estabilidade teste-reteste dos atributos da APS que compõem a versão final do instrumento usuários

Atributos do instrumento	Teste de Wilcoxon	ICC
Grau de afiliação APS	$p = 0,317$	0,48
Porta de entrada	$p = 1,000$	0,59
Acesso	$p = 0,180$	0,45
Atendimento continuado	$p = 0,705$	0,30
Integralidade dos serviços disponíveis	$p = 1,000$	*
Integralidade dos serviços prestados	$p = 0,144$	0,79
Coordenação	$p = 0,180$	0,84
Orientação familiar	$p = 0,655$	0,94
Orientação comunitária	$p = 0,581$	0,18

*Nota: não foi calculado o ICC devido à itens que possuem variância nula.

Como a versão do instrumento destinada aos ACS é válida para avaliar o desempenho da atenção primária no controle da hanseníase, realizou-se, para a versão usuários, uma validação em espelho. Esse recurso também foi utilizado na apresentação da versão profissionais do PCATool-Brasil no ano de 2010, cujo processo de validação ainda estava em andamento, mas foi recomendada a sua utilização em espelho à versão usuários adultos (BRASIL, 2010d).

O “Instrumento de avaliação do desempenho da atenção primária nas ações de controle da hanseníase”, como foi desenvolvido a partir da estrutura utilizada no PCAT, permitirá mensurar a presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados da APS na atenção à hanseníase. Sendo assim, podemos afirmar que o instrumento é considerado adequado para avaliar o desempenho da APS no desenvolvimento das ACH segundo a experiência dos usuários após a análise pelo comitê de especialistas e prova preliminar de ajustes. No entanto, são necessários novos estudos para examinar a validade e a precisão pela metodologia, com o objetivo de produzir testes de qualidade (PAQUALI, 2009).

4.1.6 Validação de construto e análise da fidedignidade do instrumento versão gestores

Participaram da pesquisa 14 gestores cuja caracterização está descrita na Tabela 20.

Tabela 20 - Descrição da amostra dos gestores estratificada por município. Almenara, Teófilo Otoni e Governador Valadares, 2012

Variáveis	Municípios do Estudo		
	Almenara	Teófilo Otoni	Governador Valadares
Número de Gestores	2	7	5
Área de atuação (n/%):			
Secretário Municipal de Saúde/ Coordenação APS/Área Técnica Hanseníase	2 (100)	4 (57,1)	5 (100)
Gerente de unidade da APS	---	3 (42,9)	---
Escolaridade (n/%):			
Graduação	2 (100)	7 (100)	5 (100)
Pós-graduação (n/%):			
Sim	2 (100)	6 (85,7)	5 (100)
Não	---	1 (14,3)	---
Treinamentos em ACH (n/%):			
Sim	1 (50)	4 (57,1)	5 (100)
Não	1 (50)	3 (42,9)	---
Tempo de atuação na atual função (em meses) (média/desvio padrão):	30 ($\pm 25,4$)	11 (± 10)	38,4 ($\pm 25,7$)
Tempo de atuação em serviços de APS (em meses) (média/desvio padrão):	90 ($\pm 110,3$)	75,4 ($\pm 54,9$)	196,8 ($\pm 92,4$)

A validação do instrumento destinado aos gestores foi realizada por meio da comparação dos itens desse instrumento com os itens validados do instrumento dos ACS. Os seguintes itens apresentaram variância nula: D.1, F.4, F.5, F.7, F.8, F.11, G.15. Não foi possível realizar a análise fatorial exploratória uma vez que a amostra (14 gestores) não foi suficiente para realizar os testes. Ao realizar a validação em espelho com a versão do ACS, foram excluídos quatro itens: D.7, G.4, G.10, I.2. A Tabela 21 apresenta os resultados da consistência interna dos itens, da estabilidade teste-reteste e de reprodutibilidade.

Tabela 21: Resultados da análise de confiabilidade e fidedignidade dos atributos do instrumento versão gestores

Atributos do instrumento	Alfa de Cronbach	Teste de Wilcoxon	ICC
Porta de entrada	0,662	$p = 0,854$	0,86*
Acesso	0,383	$p = 0,593$	0,78*
Atendimento continuado	0,719	$p = 0,593$	0,81*
Integralidade: serviços disponíveis	0,103	$p = 0,285$	0,96*
Integralidade: serviços prestados	0,743	$p = 0,068$	0,91*
Coordenação	0,215	$p = 0,068$	--
Orientação familiar	0,942	$p = 0,285$	--
Orientação comunitária	0,594	$p = 0,465$	--
Orientação profissional	0,784	$p = 0,655$	--

*Nível de significância 5%

O alfa de Cronbach geral do instrumento foi de 0,888, considerando os 69 itens do instrumento. Ao realizar a análise excluindo os itens com variância zero, o valor de alfa foi de 0,889 (62 itens). Ao avaliar o alfa para cada atributo do instrumento, somente quatro (atendimento continuado, integralidade dos serviços prestados, orientação familiar e profissional) apresentaram valores aceitáveis (acima de 0,7) e um limítrofe (porta de entrada = 0,662). Na estabilidade teste-reteste, todos os atributos do instrumento mantiveram estáveis. Já o coeficiente de correlação intraclasse foi significativo somente para os cinco primeiros atributos, que apresentaram homogeneidade nas duas medidas.

Apesar do processo de validação do instrumento versão gestores estar incompleto já que apresenta somente a validade de face e de conteúdo de acordo com o objetivo proposto – avaliar o desempenho da APS na realização das ações de controle da hanseníase - o uso desta ferramenta específica para a hanseníase, auxiliará os gestores na qualificação da atenção a esse agravo nos municípios brasileiros.

4.1.7 Alterações semânticas das versões do “Instrumento de avaliação do desempenho da atenção primária nas ações de controle da hanseníase” validadas em espelho

Na construção da versão final dos instrumentos, os pesquisadores avaliaram que alguns itens dos questionários aplicados em Almenara, Teófilo Otoni e Governador Valadares (APÊNDICE H – página 250) necessitavam de alterações semânticas para melhorar a sua compreensão. Essas alterações, mostradas no Quadro 17, ocorreram somente nas versões destinadas aos profissionais de saúde, gestores e usuários, que foram validados em espelho à versão do ACS.

Quadro 17 - Alterações semânticas nas versões finais do instrumento destinada aos Profissionais, Gestores e Usuários

(continua)

Item	Pergunta original do instrumento (APÊNDICE H)	Alterações semânticas realizadas
Versão Profissionais		
C.2	Quando os usuários de hanseníase precisam de algum cuidado preventivo relacionado à doença (como orientações para prevenção de incapacidades e exame de contatos), eles procuram a unidade de saúde da APS?	→ 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	Quando os usuários precisam de uma consulta devido a um novo problema de saúde relacionado à doença, eles procuram a unidade de saúde da APS?	→ 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)?
F.20	Acompanhamento do caso de hanseníase	→ Acompanhamento do caso de hanseníase (dose supervisionada, avaliação de incapacidades físicas, orientações para prevenção de incapacidades e outros)
I.6	A unidade de saúde desenvolve parcerias com as escolas e igrejas para desenvolver ações de divulgação da hanseníase?	→ A unidade de saúde realiza divulgação da hanseníase nas escolas e igrejas?

Quadro 17 - Alterações semânticas nas versões finais do instrumento destinada aos Profissionais, Gestores e Usuários

(continua)

Item	Pergunta original do instrumento (APÊNDICE H)	Alterações semânticas realizadas
Versão Profissionais		
J.4	Há um sistema regular de educação permanente para os profissionais da APS sobre a hanseníase?	→ Há treinamentos frequentes sobre a hanseníase para os profissionais da APS?
Versão Usuários		
C.2	Quando você precisou de algumas orientações de cuidados com os olhos, mãos e pés e exame dos familiares, você procurou a unidade de saúde da APS?	→ Você procura(ou) a unidade de saúde da APS para a realização do exame dos seus familiares e para orientações sobre os cuidados com os olhos, mãos e pés para prevenção de incapacidades?
C.3	Quando você precisa de uma consulta devido a um novo problema de saúde relacionado à hanseníase, você procura a unidade de saúde da APS?	→ Quando você precisa(ou) de uma consulta devido a um novo problema de saúde relacionado à hanseníase (como aparecimento de novas manchas, dor nos nervos periféricos e outros), você procura(ou) a unidade de saúde da APS?
F.34	Orientações para retorno imediato à unidade de saúde em caso de aparecimento de novas manchas na pele, dores nos nervos e diminuição da força motora	→ Orientações sobre os sinais e sintomas das reações hansênicas: aparecimento de novas manchas na pele, dores nos nervos e diminuição da força motora
F.43	Acompanhamento da glicemia de jejum (glicose no sangue), do peso corporal e da pressão arterial por causa do uso de prednisona	→ Acompanhamento periódico da glicemia de jejum (glicose no sangue), do peso corporal e da pressão arterial durante o tratamento com prednisona
Versão Gestores		
C.2	Quando os usuários de hanseníase precisam de algum cuidado preventivo relacionado à doença (como orientações para prevenção de incapacidades e exame de contatos), eles procuram a unidade de saúde da APS?	→ 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	Quando os usuários de hanseníase precisam de uma consulta devido a um novo problema de saúde relacionado à doença, eles procuram a unidade de saúde da APS?	→ 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)?

Quadro 17 - Alterações semânticas nas versões finais do instrumento destinada aos Profissionais, Gestores e Usuários

(conclusão)

Item	Pergunta original do instrumento (APÊNDICE H)	Alterações semânticas realizadas
Versão Gestores		
F.20	Acompanhamento do caso de hanseníase	→ Acompanhamento do caso de hanseníase (dose supervisionada, avaliação de incapacidades físicas, orientações para prevenção de incapacidades e outros)
G.8	Você sabe se foi feita a pactuação da hanseníase na CIB (Comissão Intergestora Bipartite)?	→ Foi realizada a pactuação da hanseníase na CIB (Comissão Intergestora Bipartite)?
I.4	Você realiza o monitoramento dos indicadores da hanseníase do Pacto pela Vida e da PAVS (Programação das Ações de Vigilância em Saúde)?	→ Você realiza o monitoramento dos indicadores da hanseníase?
I.8	O município realiza divulgação da hanseníase para a população (ex: rádio, jornais e outros)?	→ O município realiza divulgação da hanseníase na rádio e jornais?
I.10	As unidades de saúde da APS desenvolvem parcerias com as escolas e igrejas para desenvolver ações de divulgação da hanseníase?	→ As unidades de saúde realizam divulgação da hanseníase nas escolas e igrejas?
J.6	Há um sistema regular de educação permanente para os profissionais da APS sobre a hanseníase?	→ Há treinamentos frequentes sobre a hanseníase para os profissionais da APS?

As versões finais do “Instrumento de avaliação do desempenho da atenção primária nas ações de controle da hanseníase” Profissionais, Gestores e Usuários estão descritas no APÊNDICE M – página 282.



4.2 - *Pesquisa Avaliativa*

4.2.1 Resultados e discussão da avaliação dos atributos da APS na atenção à hanseníase no município de Almenara, Minas Gerais

4.2.1.1 Resultados

No município de Almenara, os dados foram coletados em nove equipes da ESF (100% das equipes do município⁴⁰) e foram entrevistados dois gestores (100% da população elegível); seis médicos (85,7%); oito enfermeiros (80%) e 54 ACS (65,8%). As perdas de participantes da pesquisa estão descritas na Tabela 6 (página 72). O tempo médio de atuação dos profissionais que integram as equipes da ESF do município (médicos, enfermeiros e ACS) é de aproximadamente dois anos (Tabela 10 – página 109 - e 14 – página 116). Em relação aos pacientes de hanseníase, dos 31 casos elegíveis para o estudo, sete não foram localizados no endereço informado na Ficha de Notificação de Caso do SINAN e a amostra da pesquisa foi constituída por 24 usuários, cuja caracterização está descrita na Tabela 20 (página 130).

A Tabela 22 apresenta a descrição dos escores geral, essencial, derivado e dos atributos da APS na atenção à hanseníase segundo a experiência dos gestores.

Tabela 22 - Descrição dos Escores Geral, Essencial, Derivado e por Atributos de orientação da APS para a realização das ações de controle da hanseníase segundo a experiência dos gestores*. Almenara, 2012.

Escores	Mínimo/ Máximo	Mediana	Média/DP	% alto escore
Porta de entrada	8,3 ----- 9,2	8,7	8,7 (±0,6)	100
Acesso	5,7 ----- 7,1	6,4	6,4 (±1,0)	50
Atendimento Continuado	6,6 ----- 10	8,3	8,3 (±2,3)	100
Integralidade – serviços disponíveis	9 ----- 9	9	9 (±0,0)	100
Integralidade – serviços prestados	6,1 ----- 9,4	7,8	7,8 (±2,3)	50
Coordenação	4,4 ----- 8,7	6,6	6,6 (±3,0)	50
Orientação familiar	6,6 ----- 7,8	7,2	7,2 (±0,8)	100
Orientação comunitária	4 ----- 8,2	6,1	6,1 (±2,9)	50
Orientação profissional	3,9 ----- 7,2	5,5	5,5 (±2,3)	50
<i>Escore essencial</i>	7,3 ----- 8,4	7,8	7,8 (±0,8)	100
<i>Escore derivado</i>	4,8 ----- 7,7	6,3	6,3 (±2,0)	50
<i>Escore geral</i>	6,5 ----- 8,1	7,3	7,3 (±1,2)	50

*n=2

⁴⁰ As nove equipes de ESF respondem por uma cobertura de 80% da população (Sala de Situação do Ministério da Saúde. Disponível em: <http://189.28.128.178/sage/>).

A média do escore geral de orientação da APS na atenção à hanseníase foi de 7,3, o que indica alta orientação dos serviços do município de Almenara, mesmo tendo somente um gestor que avaliou positivamente o desempenho da APS no controle da hanseníase. Destacamos ainda que 100% dos gestores avaliaram positivamente a orientação dos atributos porta de entrada, atendimento continuado, integralidade dos serviços disponíveis e orientação familiar.

A análise dos escores dos itens que constituem o atributo acesso, que apresentou uma média de 6,4, evidenciou que as fragilidades desse atributo estão relacionadas à ausência de telefone nas unidades de saúde (item D2; média=1,7) e ao horário de funcionamento das unidades, que ficam abertas até às 17 horas (item D1; média=0). Os demais itens que compõem esse atributo tiveram escores que evidenciam alta orientação para a realização das ACH na APS.

Destacamos que apesar do atributo coordenação ter apresentado um escore que o classifica com alta orientação para a APS, o instrumento captou algumas limitações na coordenação da atenção à hanseníase como: realização do Plano Anual de Trabalho; utilização das portarias do MS para o planejamento da atenção à hanseníase no município; a atuação da equipe de referência municipal da hanseníase na supervisão das ACH realizadas na APS e no sistema de contrarreferência dos pacientes da unidade secundária para a unidade de origem.

Os resultados dos atributos orientação comunitária e profissional, que tiveram médias abaixo do ponto de corte (6,6), respondem pela baixa orientação do escore derivado, responsável pela qualificação do desempenho da APS na atenção à hanseníase. Segundo a experiência dos gestores na orientação comunitária, é preciso inserir a análise dos dados epidemiológicos para a programação das ações de controle (item I2; média: 3,3); discutir a situação do agravo no Conselho Municipal de Saúde (item I5; média: 5,0); promover a mobilização de lideranças comunitárias (item I6; média: 5,0); realizar a divulgação da hanseníase em mídias de comunicação de massa (item I7; média: 5,0) e a busca ativa de sintomáticos dermatológicos (item I10; média: 5,0). Em relação ao atributo orientação profissional, os itens que avaliam a qualificação dos gestores, enfermeiros, técnicos de enfermagem e dos agentes comunitários na realização das ACH apresentaram baixos escores (abaixo de 6,6), dados que evidenciam a necessidade de maiores investimentos na educação continuada.

O Quadro 18 apresenta a síntese dos relatos dos gestores que foram captados no diário de campo e que se constituem mais um elemento para a avaliação do desempenho da APS na atenção à hanseníase.

Quadro 18 – Síntese do diário de campo de Almenara. Informante-chave: Gestores

Principais elementos do diário de campo - Gestores
<p>Porta de entrada:</p> <ul style="list-style-type: none"> • O serviço de atenção secundária à hanseníase (Centro de Especialidades Médicas - CEM) possui porta aberta aos usuários, principalmente àqueles que moram em áreas que não possuem cobertura da ESF; • Quando o paciente de hanseníase realiza o tratamento no CEM, o exame de contatos é realizado nesse serviço.
<p>Acesso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Não há telefone nas unidades da APS, com exceção de algumas que possuem telefone público (orelhão). A Secretaria Municipal de Saúde realiza contato telefônico com as unidades de saúde através dos telefones celulares pessoais dos profissionais da unidade.
<p>Atendimento continuado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • É influenciado pela rotatividade dos profissionais da APS.
<p>Integralidade dos serviços prestados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Há uma fragilidade no acompanhamento pós-alta dos pacientes de hanseníase.
<p>Coordenação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Os profissionais da APS utilizam os manuais do MS como protocolos para atendimento dos casos de hanseníase; • Há fragilidades na supervisão das equipes de APS na realização das ACH devido à sobrecarga de trabalho da referência municipal; • Há problemas na contrarreferência dos pacientes de hanseníase.
<p>Orientação Comunitária:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nos últimos 12 meses (a coleta de dados foi realizada em julho e agosto de 2012) a hanseníase não havia sido pauta de reunião do Conselho Municipal de Saúde; • Para a divulgação da hanseníase, o município realiza a distribuição de panfletos junto com a conta de água, realização de sala de espera, Saúde na Escola. • Possuem parceria com os Franciscanos para a mobilização da comunidade.
<p>Orientação profissional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apesar dos profissionais serem capacitados em ACH, muitos não querem trabalhar com a hanseníase e preferem encaminhar o caso para a referência. Outra afirmação é que os profissionais relatam não estarem seguros para atender a hanseníase mesmo após a capacitação. A referência técnica (RT) não consegue fazer supervisão nas unidades, devido à sobrecarga de trabalho na coordenação da APS. Mesmo com todos os obstáculos, os gestores afirmaram que a atenção a hanseníase está sendo descentralizada. • A última capacitação dos profissionais da APS foi no ano de 2011 e no ano de 2012 os profissionais da referência participaram de oficinas de atualização.

Ao analisar o desempenho da APS na atenção à hanseníase segundo a experiência dos profissionais, verificamos que os médicos e enfermeiros avaliaram positivamente a orientação profissional para o atendimento da hanseníase na APS, bem como os atributos porta de entrada, atendimento continuado, integralidade dos serviços prestados e disponíveis, coordenação e orientação familiar (Tabela 23). O atributo acesso apresentou baixa orientação para a APS, resultado que corrobora com a avaliação dos gestores, inclusive nos itens que apresentam fragilidades: horário de funcionamento da unidade e presença do telefone para os usuários solicitarem informações durante o horário de funcionamento da unidade. Outro item do acesso que apresentou baixa orientação foi a necessidade dos usuários ausentarem do trabalho para serem atendidos na ESF, resultado que está diretamente relacionado ao horário de funcionamento da unidade, que é semelhante ao horário comercial.

Ao analisar todos os itens do instrumento respondidos pelos 14 profissionais, identificamos outras fragilidades da atenção à hanseníase na APS que não impactaram no resultado dos escores dos atributos positivamente avaliados:

- a. Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial do tabaco (item F14; média = 5,9);
- b. Avaliação da saúde bucal e tratamento dentário (item F16; média = 6,4);
- c. Contrarreferência⁴¹ do paciente de hanseníase acompanhada por formulário contendo as informações a respeito do atendimento prestado e das condutas para o seguimento do paciente no serviço de origem (item G11; média = 6,4);
- d. Educação permanente para os profissionais da APS sobre a hanseníase (item J3; média = 5,7).

Sobre a qualificação profissional para o atendimento à hanseníase, o *check-list* do atributo integralidade dos serviços prestados identifica a conduta dos médicos e enfermeiros na atenção à hanseníase e os resultados coletados apontam que ambos os profissionais realizam a avaliação do caso suspeito de hanseníase; no acompanhamento do caso de hanseníase, os enfermeiros atuam mais na orientação das práticas de autocuidado para a prevenção de incapacidades e os médicos na orientação do paciente sobre os sinais e sintomas das reações hansênicas e em caso de reações hansênicas, os médicos da ESF iniciam corticoterapia e os enfermeiros encaminham para o serviço de referência.

⁴¹ O município de Almenara possui atendimento de hanseníase na policlínica municipal e também estão disponíveis no município as seguintes especialidades: psicologia, fisioterapia, serviço social, oftalmologia, neurologia e ortopedia. Destacamos que os pacientes de hanseníase com algum comprometimento dos pés precisam ser encaminhados para outro município para a confecção de calçados e palmilhas.

Tabela 23 - Descrição dos Escores Geral, Essencial, Derivado e por Atributos de orientação da APS para a realização das ações de controle da hanseníase segundo a experiência dos profissionais médicos e enfermeiros, estratificados pela presença e ausência do manejo de caso na unidade de APS. Almenara, 2012.

Escore	Amostra total n=14		Profissionais que atenderam Hanseníase n=13				Profissionais que não atenderam hanseníase n=1			
	Média/ Mediana	% alto escore (n)	Mínimo/ Máximo	Mediana	Média/DP	% alto escore (n)	Mínimo/ Máximo	Mediana	Média/DP	% alto escore (n)
Porta de entrada	9,2 / 9,1	100	7,5 ----- 10	9,2	9,2 (±0,9)	100 (13)	9,2	9,2	9,2	100
Acesso	5,9 / 5,9	42,9 (6)	4,1 ----- 8,1	5,9	6 (±1,4)	46,2 (6)	4,4	4,4	4,4	---
Atendimento Continuado	8,4 / 8,5	92,9 (13)	7 ----- 10	8,5	8,4 (±1,0)	100 (13)	---	---	---	---
Integralidade: Serviços disponíveis	8,9 / 9	100 (14)	7,4 ----- 9,8	9	8,8 (±0,8)	100 (13)	9,2	9,2	9,2	100
Integralidade: Serviços prestados	8,9 / 9,2	100 (14)	7,8 ----- 10	9,4	9,1 (±0,7)	100 (13)	6,6	6,6	6,6	100
Coordenação	7,6 / 7,9	78,6 (11)	4,2 ----- 10	7,9	7,6 (±1,9)	76,9 (10)	6,6	6,6	6,6	100
Orientação familiar	8,5 / 8,9	85,7 (12)	5,6 ----- 10	8,9	8,5 (±1,3)	92,3 (12)	---	---	---	---
Orientação comunitária	5,3 / 4,7	35,7 (5)	0,7 ----- 10	5,3	5,5 (±2,8)	38,5 (5)	3,3	3,3	3,3	---
Orientação profissional	6,7 / 6,6	57,1 (8)	3,3 ----- 10	6,6	6,7 (±2,3)	53,8 (7)	6,6	6,6	6,6	100
<i>Escore essencial</i>	8,1 / 8	100 (14)	7,1 ----- 9,4	8,1	8,2 (±0,7)	100 (13)	7,1	7,1	7,1	100
<i>Escore derivado</i>	6,8 / 6,2	42,9 (6)	5 ----- 10	6,3	6,9 (±1,7)	46,2 (6)	5	5	5	---
<i>Escore geral</i>	7,7 / 7,5	85,7 (12)	6,5 ----- 9,6	7,6	7,8 (±0,9)	92,3 (12)	6,5	6,5	6,5	---

Em relação ao atributo orientação comunitária, que mais da metade dos profissionais avaliaram com baixa orientação, todos os itens que compõem esse construto (itens II a I5) apresentaram escore menor do que 6,6.

O Quadro 19 apresenta a síntese dos relatos dos médicos e enfermeiros de Almenara que foram captados no diário de campo.

Quadro 19 – Síntese do diário de campo de Almenara. Informante-chave: Profissionais
(continua)

Principais elementos do diário de campo - Profissionais
<p>Porta de entrada:</p> <ul style="list-style-type: none"> • O serviço de atenção secundária à hanseníase (Centro de Especialidades Médicas - CEM) possui porta aberta aos pacientes com reações hansênicas.
<p>Acesso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • As unidades da APS não possuem telefone e funcionam até às 17 horas.
<p>Atendimento continuado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • É influenciado quando o paciente é atendido na referência municipal; • A relação entre o profissional e o usuário pode ser dificultada pelo baixo nível de escolaridade dos usuários, que compromete a compreensão das perguntas e respostas realizadas pelos profissionais.
<p>Integralidade dos serviços prestados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Os enfermeiros em sua maioria fazem a suspeita diagnóstica, encaminham para o médico e se confirmado o caso, acompanham o paciente. Mas esse acompanhamento não é como deveria ser, já que deixaram de elencar muitos itens do <i>check list</i>. Uma enfermeira afirmou que dificilmente o diagnóstico da hanseníase é concluído na APS; • A maioria dos médicos encaminham os pacientes para o diagnóstico na referência municipal. Houve um médico que relatou que realiza o diagnóstico na APS somente quando o caso é “gritante”; • A maioria dos médicos deixou de elencar as orientações ao paciente e avaliação das incapacidades; • Houve caso do médico afirmar que deixa os testes de sensibilidade a cargo da enfermeira, por não ter tempo para fazê-lo.
<p>Coordenação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • O preenchimento do Boletim de Acompanhamento do Caso fica a cargo da enfermagem; • Apesar de muitos profissionais terem respondido que utilizam a Portaria 3.125 do MS, percebemos que a portaria não é utilizada efetivamente; • A supervisão das equipes da APS pela referência municipal foi uma questão discordante entre os profissionais. Muitos disseram que efetivamente não há o acompanhamento das equipes da APS na realização das ACH; • Todos profissionais afirmaram que a referência do paciente é realizada acompanhada por formulário e que a contrarreferência nem sempre acontece, ou quando acontece, é de forma sucinta. Não existe formulário específico para contrarreferência.

Quadro 19 – Síntese do diário de campo de Almenara. Informante-chave: Profissionais
(conclusão)

Orientação Comunitária:

- Afirmaram que a hanseníase é um problema de saúde importante no município, mas que não utilizam os dados epidemiológicos para programar as atividades a serem realizadas e atendem somente a demanda espontânea. Não é realizado com frequência as ações de mobilização da comunidade e de busca ativa de suspeitos dermatológicos.

Orientação profissional:

- Houve médico que respondeu que não se considera qualificado para atender a hanseníase;
- Um médico mencionou que no PEP (Programa de Educação Permanente) já foi abordado o tema da hanseníase. Também ressaltou que o município faz treinamentos com regularidade.

A avaliação dos agentes comunitários de saúde sobre o desempenho da APS na atenção à hanseníase está descrita na Tabela 24. Verifica-se que o atributo orientação profissional e seus respectivos itens possuem escore menor que 6,6, o que influencia na baixa orientação do escore derivado, resultado que se repete ao analisar a amostra estratificada segundo a experiência dos ACS na atenção à hanseníase.

A baixa qualificação dos ACS para a realização das ACH e a ausência de treinamentos regulares e do uso de cartilhas do Ministério da Saúde sobre a atuação do ACS na hanseníase impactam no baixo escore. Ao avaliar toda a amostra de ACS, nas atividades a serem desenvolvidas na visita domiciliar ao paciente e a sua família: orientações sobre o uso correto dos medicamentos da PQT e os principais efeitos adversos (item F16; média = 6,4); na supervisão da dose diária da PQT quando necessário (item F17; média = 6,4) e no preenchimento da Ficha B – hanseníase – do SIAB (item H9; média = 3,9).

Os ACS corroboram com os médicos/enfermeiros que há uma baixa orientação dos serviços da APS no desenvolvimento de parcerias com escolas e igrejas para a divulgação da hanseníase (item I2; média = 4,2); na presença de um telefone para os usuários solicitarem informações durante o horário de funcionamento da ESF (item D1; média = 4,1) e da necessidade dos usuários perderem o turno de trabalho ou compromisso para serem atendidos na ESF (item D4; média = 2,4). Não há diferença estatisticamente significativa entre a média dos escores de cada atributo, geral, essencial e derivado segundo ter ou não caso de hanseníase na microárea de trabalho (Tabela 24).

O Quadro 20 apresenta a síntese dos relatos dos ACS sobre o desempenho da APS na realização das ações de prevenção e controle da hanseníase.

Tabela 24 - Descrição dos Escores Geral, Essencial, Derivado e por Atributos de orientação da APS para a realização das ações de controle da hanseníase segundo a experiência dos agentes comunitários de saúde, estratificados pela presença e ausência de caso de hanseníase na microárea de atuação. Almenara, 2012.

Escore	Amostra total n=54		ACS que possuem caso de hanseníase na microárea n=25				ACS que não possuem caso de hanseníase n=29				Valor P*
	Média/ Mediana	% alto escore (n)	Mínimo/ Máximo	Mediana	Média/DP	% alto escore (n)	Mínimo/ Máximo	Mediana	Média/DP	% alto escore (n)	
Porta de entrada	9,2 / 9,2	98,1 (53)	6,6 ----- 10	10	9,4 (±0,9)	100 (25)	5,8 ----- 10	9,2	9 (±1,1)	96,6 (28)	0,188
Acesso	6,6 / 6,7	55,6 (30)	1,7 ----- 9,2	6,7	6,5 (±1,6)	60 (15)	2 ----- 10	6,7	6,6 (±1,8)	51,7 (15)	0,746
Atendimento Continuado	**	**	5 ----- 10	9,2	8,9 (±1,4)	92 (23)	---	---	---	---	---
Integralidade: Serviços disponíveis	8,9 / 9,1	98,1 (53)	6,6 ----- 10	9,3	8,9 (±0,9)	100 (25)	6,4 ----- 10	9,1	8,9 (±0,8)	96,6 (28)	0,759
Integralidade: Serviços prestados	7,3 / 7,8	66,7 (36)	3,9 ----- 10	8,3	7,9 (±2)	76 (19)	2,8 ----- 10	7,2	6,8 (±2,2)	58,6 (17)	0,068
Orientação familiar	**	**	4,2 ----- 10	8,1	7,9 (±1,5)	84 (21)	---	---	---	---	---
Orientação comunitária	6,9 / 7,5	64,8 (35)	3,3 ----- 10	7,5	7,2 (±1,9)	68 (17)	2,5 ----- 10	6,7	6,6 (±2,2)	62,1 (18)	0,316
Orientação profissional	4,7 / 4,4	37 (20)	0 ----- 10	3,3	4,4 (±2,9)	40 (10)	0 ----- 10	4,4	4,9 (±3,2)	34,5 (10)	0,529
Escore essencial	8 / 8,2	92,6 (50)	5,8 ----- 9,4	8,4	8,3 (±0,9)	96 (24)	5,8 ----- 10	8,0	7,9 (±1)	89,7 (26)	0,061
Escore derivado	6,2 / 6,2	42,6 (23)	4 ----- 9,2	6,2	6,5 (±1,6)	40 (10)	1,2 ----- 10	5,5	5,9 (±2,6)	44,8 (13)	0,477
Escore geral	7,4 / 7,5	68,5 (37)	5,1 ----- 9,2	7,7	7,6 (±1,1)	84 (21)	4,9 ----- 9,7	7,2	7,2 (±1,3)	55,2 (16)	0,163

*Teste de Mann-Whitney para comparação das medianas entre os grupos (teste exato).

**Não foram calculados os escores dos atributos atendimento continuado e orientação familiar devido 50% *missings*.

Quadro 20 – Síntese do diário de campo de Almenara. Informante-chave: ACS

Principais elementos do diário de campo - ACS
<p>Acesso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • As unidades não possuem número de telefone fixo. Algumas contam com orelhão e muitos ACS afirmaram que em alguns casos disponibilizam o número pessoal para que os usuários possam entrar em contato; • Relataram que a grande maioria dos usuários necessitam perder o turno de trabalho e compromisso para serem atendidos na ESF.
<p>Atendimento continuado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • É influenciado pela rotatividade. É comum no município a troca de ACS a cada 2 anos ou a troca de microárea de trabalho.
<p>Integralidade dos serviços prestados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A dose diária em muitos casos é administrada em domicílio pelos ACS. • Ocorreram alguns casos em que o ACS (na microárea atual) acompanhou o paciente apenas após a alta por cura.
<p>Orientação Comunitária:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificam somente a parceria com as escolas, onde realizam o trabalho “Saúde na Escola”.
<p>Orientação profissional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Muitos afirmaram que não se consideram qualificados em relação às atividades da hanseníase e que não foram capacitados especificamente para a hanseníase. Alguns receberam treinamento geral (onde foi apenas falado sobre as principais doenças mais prevalentes no município) quando assumiram o serviço.

A tabela 25 apresenta o desempenho da APS na atenção à hanseníase segundo a experiência dos usuários diagnosticados entre 2009 e 2012. Não foi calculado o escore de coordenação devido a presença de apenas nove respostas válidas.

Os usuários, que apresentaram alto percentual de afiliação ao serviço de APS (95,8%) e ao atendimento da hanseníase nas unidades desse nível de atenção (91,7%)⁴², avaliaram que os serviços de APS do município de Almenara estão fortemente orientados para a realização das ACH na ESF, no entanto, com fragilidades na qualificação dessa atenção, mensurada pelos baixos escores de orientação familiar (6,0) e comunitária (5,1).

Os usuários, como os demais participantes do estudo, evidenciaram problemas no acesso à APS relacionada ao horário de funcionamento da unidade, a ausência de telefone e à falta de agendamento de um horário para o recebimento da dose supervisionada⁴³. É desejável que a administração da dose supervisionada seja acompanhada por um profissional de saúde

⁴² Os usuários também relataram que o Centro de Especialidades Médicas atende os usuários sem o encaminhamento da unidade de APS e que muitas vezes a atenção secundária pode ser a porta de entrada para o sistema de saúde (Nota do diário de campo).

⁴³ Os usuários afirmaram que, na maioria das vezes, a ida mensal até a unidade de saúde foi somente para o recebimento da dose supervisionada da PQT e não houve nenhuma abordagem relacionada à avaliação do estado de saúde, especialmente a realização do exame físico (Nota do diário de campo).

capacitado para realizar uma consulta para avaliação do estado de saúde, orientações sobre o tratamento, prevenção de incapacidades, sinais e sintomas das reações hansênicas e busca dos contatos faltosos (dados não apresentados).

Tabela 25 - Descrição dos Escores Geral, Essencial, Derivado e por Atributos de orientação da APS para a realização das ações de controle da hanseníase segundo a experiência dos usuários*. Almenara, 2012.

Escores	Mínimo/ Máximo	Mediana	Média/DP	% alto escore
Grau de afiliação APS	3,3 ----- 10	10	9,4 (±1,6)	95,8 (23)
Grau de afiliação hanseníase	3,3 ----- 10	10	8,5 (±2,2)	91,7 (22)
Porta de entrada	0 ----- 10	10	8 (±2,6)	79,2 (19)
Acesso	3,3 ----- 10	6,7	6,5 (±1,9)	50 (12)
Atendimento Continuado	4 ----- 10	8,3	7,9 (±1,6)	79,2 (19)
Integralidade – serviços disponíveis	6,1 ----- 10	9,2	9 (±1,0)	91,7 (22)
Integralidade – serviços prestados	1,6 ----- 10	6,8	6,6 (±1,9)	54,2 (13)
Orientação familiar	2,2 ----- 10	5,6	6,0 (±2,9)	45,8 (11)
Orientação comunitária	0 ----- 10	5,0	5,1 (±3,2)	33,3 (8)
<i>Escore essencial</i>	4,7 ----- 9,6	7,8	7,8 (±1,1)	87,5 (21)
<i>Escore derivado</i>	1,7 ----- 9,4	5,7	5,6 (±2,3)	37,5 (9)
<i>Escore geral</i>	4,2 ----- 9,1	7,3	7,2 (±1,2)	75 (18)

*n=24

Apesar do escore de integralidade dos serviços prestados indicar uma alta orientação da APS para o desenvolvimento das ACH, o mesmo está no limite do ponto de corte, o que demonstra que algumas atividades do atendimento ao paciente de hanseníase necessitam de adequações, como:

- Orientações sobre a hanseníase e modo de transmissão (item F18; média = 6,1);
- Teste de sensibilidade dos olhos (item F24; média = 5,4);
- Avaliação da acuidade visual (item F26; média = 2,6);
- Solicitação de exames laboratoriais no início do tratamento PQT (item F27; média = 6,5);
- Consulta mensal para avaliação do estado de saúde e recebimento da dose supervisionada⁴⁴ (item F31; média = 6,2);
- Orientações sobre os sinais e sintomas das reações hansênicas (item F34; média = 6,1);

⁴⁴ Muitos usuários afirmaram que não houve consulta mensal, apenas entrega da dose supervisionada. Para alguns, a dose supervisionada foi dada em casa, inclusive pelo ACS (Nota do diário de campo).

- g. Avaliação do grau de incapacidade física de 3 em 3 meses (item F35; média = 3,5);
- h. Oferecimento dos outros serviços disponíveis na unidade (item F36; média = 5,4).

Como a consulta mensal para o recebimento da dose supervisionada parece não ser uma rotina nos serviços de Almenara, pode-se atribuir os baixos resultados dos itens do atributo atendimento continuado a uma irregularidade no uso da fonte de atenção dispensada pela APS, o que faz com que os profissionais não conheçam toda a história de saúde do paciente (item E5; média = 6,5) e não interrogam sobre a dificuldade de manter o tratamento com medicamentos que o SUS não fornece (item E7; média = 1,2) e as eventuais dificuldades dos pacientes na realização das atividades da vida diária (item E11; média = 5,2). Nas notas do diário de campo, ficou evidente que os usuários identificam o enfermeiro como o profissional de referência na atenção à hanseníase.

Os baixos escores dos itens do atributo orientação familiar revelam que ainda é incipiente o envolvimento da família do paciente durante o seu tratamento e no pós-alta, apesar disso, os usuários avaliaram positivamente a participação dos profissionais na orientação dos seus familiares sobre a doença (item H6; média = 7,6) e sobre a realização do exame de contatos (item H5; média = 9,5). Na maioria dos relatos dos usuários, o profissional enfermeiro é aquele quem mais considera o contexto familiar na realização das suas ações.

A orientação comunitária foi avaliada com forte orientação para a APS somente por oito usuários, resultado que reforça as avaliações realizadas pelos gestores e profissionais. Os usuários destacam que é preciso investir em atividades educativas sobre a hanseníase para a população, seja por meio de palestras ou entrega de panfletos (item I2; média = 4,8); parcerias com escolas e igrejas (item I3; média = 2,0) e atividades de busca ativa (item I4; média = 2,9).

Dos usuários que foram encaminhados para serviços especializados (n=9), todos receberam comprovante de marcação da consulta, porém há uma fragilidade no preenchimento do relatório de referência (item G2; média = 6,0); do relatório da contrarreferência (item G3; média = 4,2) e na discussão com o paciente, pelo médico/enfermeiro da APS, sobre os resultados da consulta realizada com o especialista (item G4; média = 6,3). Os serviços utilizados pelos pacientes foram: 100% foram encaminhados para o ambulatório de referência, 22% (n=2) para a fisioterapia, serviço social, oftalmologia e somente um caso para psicologia, neurologia e ortopedia. Nenhum paciente precisou ser encaminhado para o serviço terciário.

A figura 6 apresenta a síntese da média dos escores essencial, derivado e geral segundo os informantes-chave da pesquisa no município de Almenara e podemos concluir que a APS em Almenara é altamente orientada para a realização das ACH já que os escores gerais e essenciais estão acima do ponto de corte (6,6). No entanto, apresenta fragilidades no escore derivado, sendo que foi positivamente avaliado somente pelos profissionais.

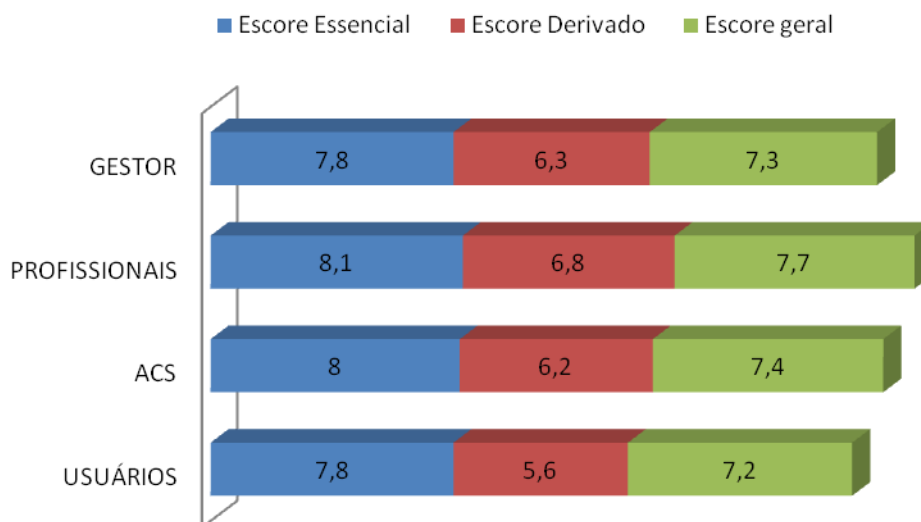
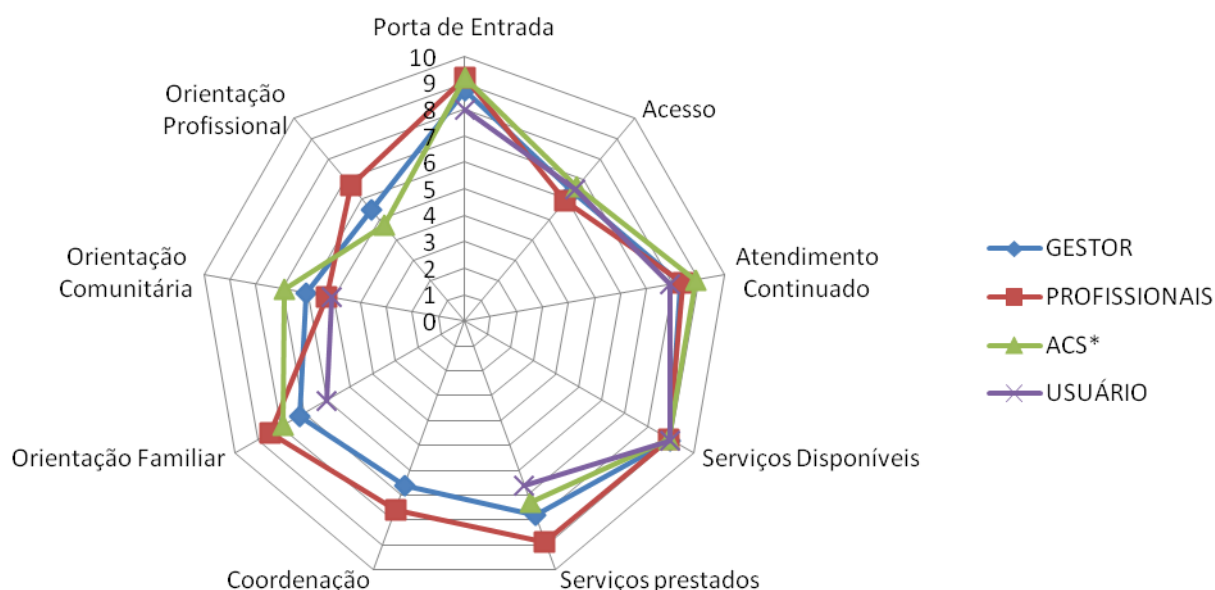


Figura 6: Descrição da avaliação dos escores essencial, derivado e geral na atenção à hanseníase em Almenara, 2012.

Ao realizar o teste de *Kruskal-Wallis*, verificamos que não há diferenças estatisticamente significantes entre os grupos na avaliação do desempenho geral ($H(3)=0,95$, $p=0,813$), essencial ($H(3)=1,39$, $p=0,707$) e derivado ($H(3)=2,08$, $p=0,555$) da APS na atenção à hanseníase.

A Figura 7 mostra as convergências e divergências das médias dos escores de cada atributo atribuídas pelos gestores, médicos/enfermeiros, ACS e usuários.



*Nota: Os escores dos atributos atendimento continuado e orientação familiar utilizados na comparação são referentes aos ACS que possuem caso de hanseníase na microárea.

Figura 7 – Comparação da avaliação dos escores médios dos atributos da APS do município de Almenara na atenção à hanseníase segundo a experiência dos gestores, profissionais, ACS e usuários no ano de 2012.

De acordo com a Figura 7, observamos que a integralidade dos serviços prestados, coordenação, orientação familiar e profissional foi mais bem avaliada pelos profissionais médicos e enfermeiros e a orientação comunitária pelos ACS. Pelo teste de *Kruskal-Wallis*, verifica-se que os escores da integralidade dos serviços prestados ($H(3)=11,91$, $p=0,008$); orientação familiar ($H(3)=8,08$, $p=0,044$) e orientação comunitária ($H(3)=8,42$, $p=0,038$) foram significamente afetados pelo tipo de participante da pesquisa (gestor, profissionais médicos e enfermeiros, ACS e usuários). No entanto, o teste de *Kruskal-Wallis* não permite identificar em qual grupo encontra-se a diferença.

As figuras 8, 9 e 10 apresentam, respectivamente, o diagrama de caixa e bigodes para os escores de integralidade dos serviços prestados, orientação familiar e orientação comunitária segundo o tipo de informante-chave, que orientou a escolha dos grupos a serem testados na análise *post hoc* para o teste de *Kruskal-Wallis*⁴⁵.

⁴⁵ O *post hoc* do teste *Kruskal-Wallis* é a realização de vários testes de *Mann-Whitney*.

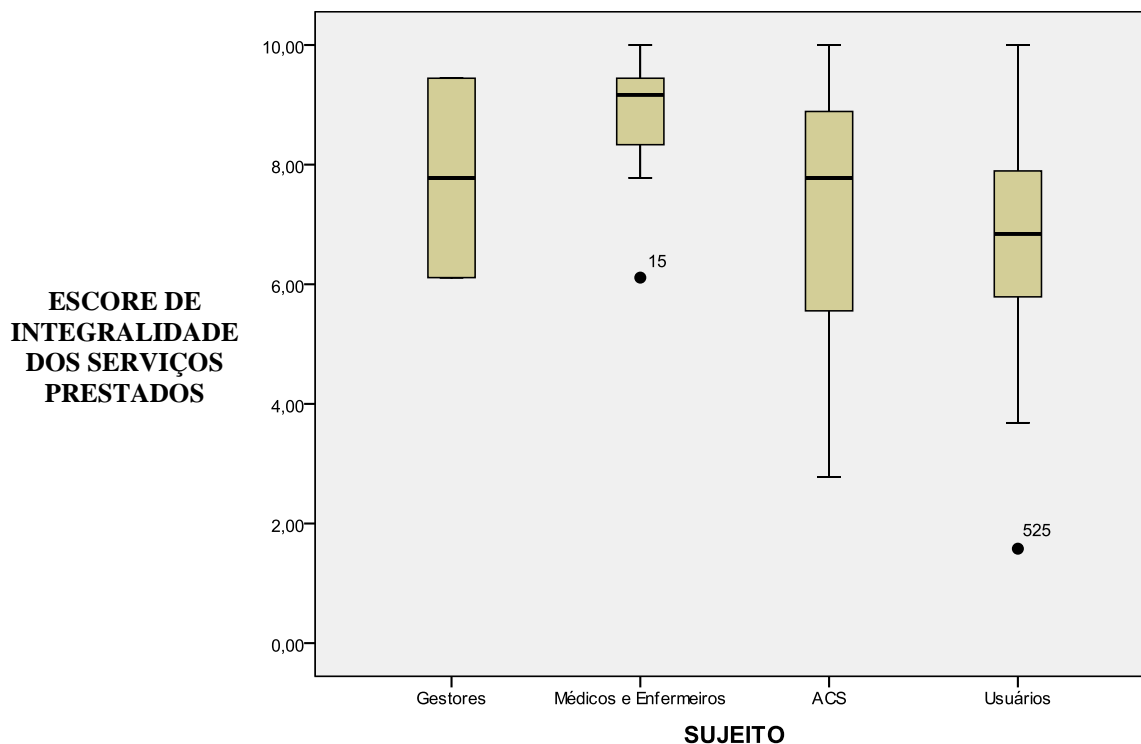


Figura 8 – *Boxplot* para escore de integralidade dos serviços prestados de acordo com o sujeito de pesquisa do município de Almenara.

Segundo a Figura 8, verifica-se que os profissionais médicos e enfermeiros foram os informantes que melhor avaliaram a integralidade dos serviços prestados. Optamos por realizar duas comparações e a utilização do valor crítico de 0,025 segundo a correção de Bonferroni (valor crítico de 0,05 dividido por 2):

- Teste 1: profissionais comparado com ACS → Os médicos e enfermeiros (mediana = 9,2) avaliam o escore de integralidade dos serviços prestados com melhor orientação para a APS em relação aos ACS (mediana = 7,8); teste de *Mann-Whitney* = 214; $p = 0,011$.
- Teste 2: profissionais comparado com usuários → Os médicos e enfermeiros (mediana = 9,2) avaliam o escore de integralidade dos serviços prestados com melhor orientação para a APS em relação aos usuários (mediana = 6,8); teste de *Mann-Whitney* = 46,5; $p \leq 0,001$.

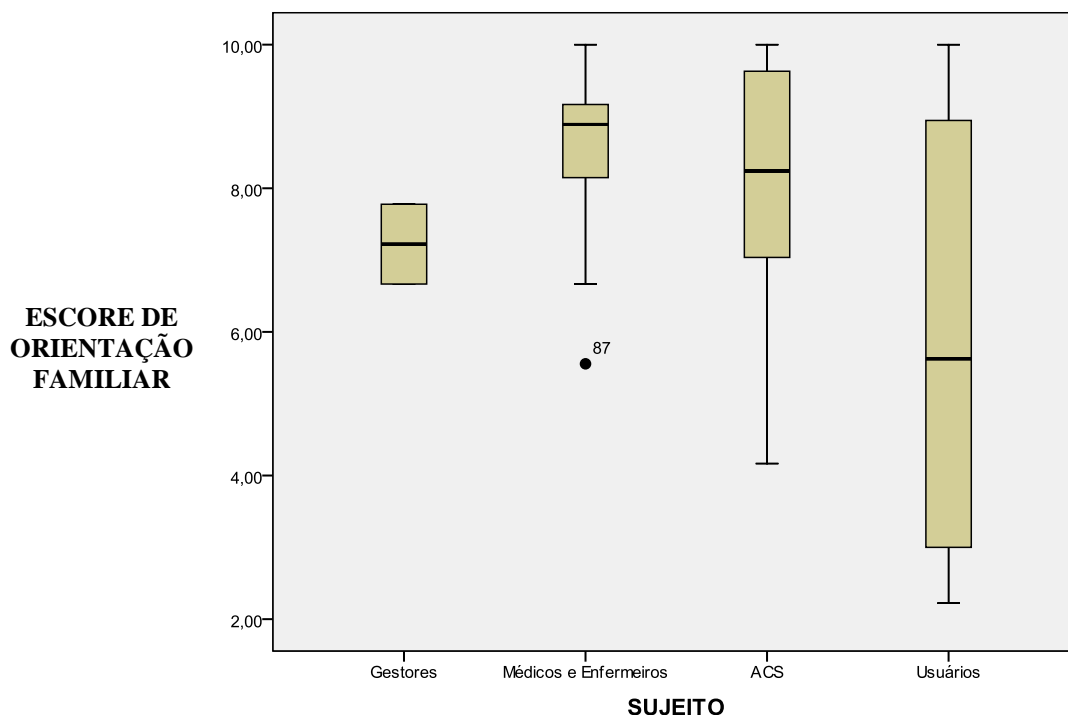


Figura 9 – *Boxplot* para escore de orientação familiar de acordo com o sujeito de pesquisa do município de Almenara.

Segundo a Figura 9, verifica-se que os profissionais médicos e enfermeiros também foram os informantes que melhor avaliaram o atributo orientação familiar. Optamos por realizar as comparações com os ACS e usuários, utilizando o valor crítico de 0,025 (correção de Bonferroni):

- a. Teste 1: profissionais comparado com ACS → Os médicos e enfermeiros (mediana = 8,9) não diferem dos ACS (mediana = 8,2) na avaliação do escore de orientação familiar; teste de *Mann-Whitney* = 165,5; $p = 0,440$.
- b. Teste 2: profissionais comparado com usuários → Os médicos e enfermeiros (mediana = 8,9) avaliam o escore de orientação familiar com melhor orientação para a APS em relação aos usuários (mediana = 5,6); teste de *Mann-Whitney* = 86,5; $p = 0,025$.

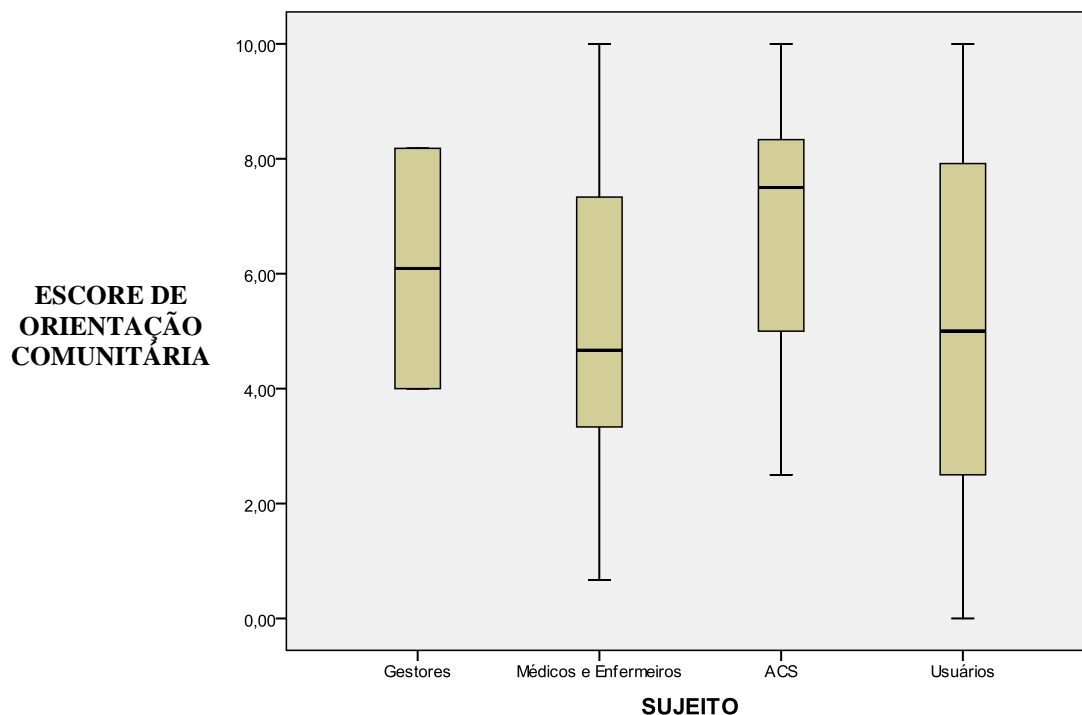


Figura 10 – *Boxplot* para escore de orientação comunitária de acordo com o sujeito de pesquisa do município de Almenara.

Segundo a Figura 10, verifica-se que os ACS apresentaram melhor mediana do atributo orientação comunitária. Optamos por realizar as comparações com dos ACS com os profissionais e usuários, utilizando o valor crítico de 0,025 (correção de Bonferroni):

- Teste 1: ACS comparado com profissionais → Os ACS (mediana = 7,5) não diferem dos profissionais (mediana = 4,7) na avaliação do escore de orientação comunitária; teste de *Mann-Whitney* = 245,5; $p = 0,043$.
- Teste 2: ACS comparado com usuários → Os ACS (mediana = 7,5) avaliam o escore de orientação comunitária com melhor orientação para a APS em relação aos usuários (mediana = 5,0); teste de *Mann-Whitney* = 421,5; $p = 0,013$.

4.2.1.2 Discussão

No município de Almenara, o escore essencial foi avaliado com alta orientação da APS para a realização das ACH pelos gestores (média=7,8), profissionais (média=8,1), ACS (média=8,0) e usuários (média=7,8). Em contrapartida, o escore derivado – que qualifica a atenção realizada na APS – foi avaliada com baixa orientação pelos gestores (média=6,3), ACS (média=6,2) e usuários (média=5,6). Contudo, o escore geral apresentou escores que

indicam forte orientação da APS de Almenara para a realização das ACH. Não houve diferenças estatisticamente significantes entre os informantes-chave na avaliação do desempenho geral, essencial e derivado da APS de Almenara na atenção à hanseníase (Figura 6).

No primeiro atributo avaliado no instrumento – porta de entrada, a APS de Almenara foi fortemente avaliada pelos gestores, médicos, enfermeiros e ACS como local preferencial da procura de atendimento pelos usuários em caso de sinais e sintomas da hanseníase, exame de contatos domiciliares, orientações para prevenção de incapacidades e complicações relacionadas à doença. Os usuários corroboram com esses resultados já que atribuíram alta afiliação ao serviço de APS (95,8%) e ao atendimento de hanseníase nas unidades de saúde desse nível de atenção (91,7%).

Sendo assim, a APS é reconhecida pela população como o principal serviço de saúde de primeiro contato e está sendo utilizada na ocorrência de um novo problema de saúde, no acompanhamento de um problema de saúde ou receber serviços preventivos (STARFIELD, 2002). Porém, os dados epidemiológicos do ano 2012 mostram que o diagnóstico de hanseníase está sendo realizado tardiamente (percentual de multibacilares foi de 93,3%). Em relação aos serviços preventivos, as unidades de saúde apresentam boa capacidade em realizar o exame dos contatos, sendo que 91,3% das pessoas informadas na notificação foram avaliadas (MINAS GERAIS, 2013).

A OMS recomenda o fortalecimento dos serviços de saúde de APS para a garantia do atendimento de qualidade a fim de reduzir o atraso no diagnóstico e aumentar a cobertura do exame de contatos logo após o diagnóstico (OMS, 2010a).

A utilização dos serviços de APS sempre que há uma necessidade em saúde também é determinada pela acessibilidade a essas unidades, que é uma característica de estrutura do sistema de saúde (STARFIELD, 2002). O atributo acesso apresentou fragilidades que influenciam a acessibilidade dos usuários a todos os serviços disponíveis nas unidades da ESF:

- a. Horário de funcionamento até às 17 horas;
- b. Ausência de telefone nas unidades;
- c. Necessidade dos usuários perderem o turno do trabalho ou compromisso para serem atendidos na APS.

Essas barreiras organizacionais dos serviços de APS podem inclusive determinar a escolha do primeiro local de atendimento e a continuidade da atenção. Por isso, a APS deve

ser facilmente acessível e disponível para ser efetivamente a porta de entrada do sistema de saúde (STARFIELD, 2002). Para Fuzikawa (2007), a descentralização das ACH é uma pré-condição para a melhoria do acesso da população a essas ações, pois esse acesso também é influenciado pela priorização desse agravo no elenco das ações de saúde ofertadas pelo serviço e pelo modelo assistencial na atenção à hanseníase.

Starfield (2002) corrobora que a disponibilidade dos serviços nas unidades de APS depende do reconhecimento pelos profissionais de saúde das necessidades de saúde e problemas da população (STARFIELD, 2002). Apesar dos médicos, enfermeiros e ACS possuírem dificuldades no reconhecimento da hanseníase como um problema de saúde pública em Almenara – item avaliado no atributo orientação comunitária – todos os informantes avaliaram o atributo integralidade dos serviços prestados com alta orientação para a APS, sendo que os profissionais avaliam esse atributo com melhor orientação em relação aos ACS e usuários, sendo que as diferenças são estatisticamente significantes (Figura 8).

Apesar do escore de integralidade dos serviços prestados indicar uma alta orientação da APS para o desenvolvimento das ACH, o mesmo apresenta, segundo a experiência dos usuários, algumas fragilidades no atendimento ao paciente de hanseníase como: orientações sobre a doença e sinais e sintomas das reações hansênicas; avaliação do grau de incapacidade física a cada três meses; avaliação da acuidade visual e realização da consulta mensal para avaliação do estado de saúde e recebimento da dose supervisionada da PQT.

Um estudo realizado em municípios mineiros localizados na microrregião de Diamantina mostrou que há fragilidades na atenção prestada pelos profissionais, tanto da ESF quanto da atenção secundária, em realizar alguns procedimentos (como a avaliação da sensibilidade dos olhos, mãos e pés e da força motora) e orientações sobre os efeitos adversos dos medicamentos e das práticas de autocuidado (RIBEIRO, 2012). Citando Oliveira e Pereira (2013),

A integralidade do cuidado depende da redefinição de práticas, de modo a criar vínculo, acolhimento e autonomia, o que valoriza as subjetividades inerentes ao trabalho em saúde e às necessidades singulares dos sujeitos, como pontos de partida para qualquer intervenção, construindo a possibilidade do cuidado centrado no usuário (p. 161).

O comparecimento do usuário à unidade de saúde para receber a dose supervisionada deve ser valorizado pelos profissionais para realizar uma consulta para a identificação precoce de estados reacionais, efeitos colaterais ou adversos aos medicamentos em uso, desenvolvimento de incapacidades físicas, surgimento de dano neural além de ser uma oportunidade para promover a educação em saúde (VISSCHEDIJK *et al.*, 2003).

Os itens da integralidade dos serviços prestados em Almenara, avaliados com baixa orientação para a APS, podem estar diretamente relacionados às dificuldades encontradas pelos usuários na relação com os profissionais de saúde, avaliados no atributo atendimento continuado.

As características das relações entre atenção primária e paciente incluem a extensão do entendimento entre o profissional e o paciente, a tranquilidade dos pacientes em falar aos profissionais a respeito de suas preocupações, e quanto os pacientes sentem que seu profissional está interessado neles como uma pessoa e não como alguém com um problema médico e que entende quais problemas são mais importantes para eles (STARFIELD, 2002, p. 277).

Os profissionais e ACS avaliaram o atributo atendimento continuado com alta orientação para a realização das ACH na APS. Contudo, os gestores, profissionais e ACS destacaram que a rotatividade dos profissionais influencia diretamente o atendimento continuado e colabora para a permanência do usuário nos serviços de atenção secundária.

Para a hanseníase, os serviços de referência da atenção secundária (e terciária) são mantidos para conduzirem os casos da doença que requerem habilidades e competências que não são esperadas em equipes de APS, além de realizar atendimentos profissionais do primeiro nível de atenção apresentaram dúvidas (PENNA; GROSSI; PENNA, 2013). Os serviços de atenção secundária, de acordo com a Portaria n. 594, devem atuar no manejo de casos complicados, como diagnóstico da forma neural pura, das reações hansênicas e de recidivas; na avaliação de intercorrências medicamentosas (inclusive mudança do tratamento PQT padrão para esquemas substitutivos) e instituição do tratamento das reações e das incapacidades físicas (BRASIL, 2010c).

No entanto, a policlínica do município de Almenara também é a porta de entrada de usuários que moram em áreas descobertas de equipes da ESF ou que reconhecem aquele serviço como o de referência para o tratamento das complicações relacionadas à hanseníase (notas de diário de campo). Starfield (2002) menciona que certas circunstâncias, como a descrita pelos informantes deste estudo, justificam o “*acesso direto ou auto-encaminhamento*” dos usuários aos serviços especializados. De uma maneira geral, em Almenara, a necessidade de encaminhamento a serviços especializados são definidos pelos profissionais da APS mediante formulário de referência.

A coordenação do cuidado é um atributo essencial para a atenção à hanseníase na APS:

Quando é necessária uma consultoria para um aconselhamento, orientação ou intervenção de curto prazo, a comunicação com o profissional de atenção primária precisa apenas resumir a natureza das recomendações ou atenção prestadas, com

qualquer instrução especial que seja necessária para que os profissionais de atenção primária reassumam a atenção continuada (STARFIELD, 2002, p. 372-373).

Além do ambulatório de referência para a hanseníase, o município também oferece encaminhamentos para a fisioterapia, neurologia, ortopedia, oftalmologia, psicologia e serviço social. Segundo a experiência dos nove usuários encaminhados para especialistas, tanto o sistema de referência e contrarreferência apresentam baixa orientação. Como parte de uma organização da atenção integrada aos pacientes de hanseníase, o sistema de referência precisa ser eficiente (OMS, 2010b). Então, para um encaminhamento ser eficaz, é preciso que o profissional tenha conhecimento sobre o que referir, onde e como, além de um mecanismo funcionante de referência e contrarreferência (RAO, 2010).

E para reassumir o atendimento do usuário no serviço de APS é imprescindível a existência da contrarreferência, item identificado com fragilidades tanto pelos gestores quanto pelos profissionais. Rao (2010) sugere a utilização de e-mail como uma estratégia de comunicação entre os profissionais.

Destacamos que os profissionais da atenção primária de Almenara contam com a colaboração de uma referência técnica que atua na supervisão das equipes na realização das ações de controle, sendo também uma estratégia de coordenação do cuidado ao usuário com hanseníase. A realização de reuniões clínicas para discussão de casos e o atendimento do paciente por uma equipe composta pelos profissionais da equipe de APS e da equipe de supervisão são estratégias que vem sendo utilizadas há vários anos nos municípios da microrregião de Almenara para favorecer a capacitação em serviço (LANZA *et al.*, 2011). A OMS enfatiza que a capacitação profissional e a supervisão técnica regular são essenciais para oferecer à população uma atenção à hanseníase de qualidade (OMS, 2010b).

A orientação familiar, um atributo que qualifica a atenção à saúde realizada na APS, apresentou altos escores segundo a avaliação realizada pelos gestores, médicos, enfermeiros e ACS, assumindo assim a responsabilidade pela atenção centrada na família. No entanto, houve diferenças estatisticamente significantes entre os profissionais e usuários (Figura 9), que atribuíram um escore médio de 6,0, indicando baixa orientação dos serviços de APS.

Como os usuários atribuíram baixos escores ao atributo orientação familiar, essas fragilidades podem estar relacionadas ao modelo biomédico que ainda perdura na APS brasileira. Nos dados coletados no diário de campo os usuários afirmaram que o enfermeiro é o único profissional quem realiza a atenção centrada na família. Os médicos ainda mantém a organização do seu trabalho pautada em consultas da demanda espontânea e programada,

prática incipiente para dar conta de realizar uma assistência que considere o usuário e a sua família (BARBOSA; ELIZEU; PENNA, 2012).

As visitas domiciliares e as ações educativas ainda são práticas pouco frequentes em serviços de APS habilitados como ESF (CHOMATAS *et al.*, 2013; VITÓRIA *et al.*, 2013). Viegas (2010, p.188) ressalta que “entrar na casa do usuário, aproximar-se da realidade do outro, saltar os muros institucionais da Saúde, estar presente na comunidade, são conquistas que abrem espaços para abordagens e ações que podem ser diferenciadas no trabalho cotidiano”.

Estudo realizado por Lanza e Lana (2011a) já havia evidenciado fragilidades em atividades de orientação familiar e comunitária em municípios da microrregião de Almenara. Esses autores apontaram que os profissionais da ESF organizam as suas práticas voltadas para o atendimento individual do usuário, sendo que as ações destinadas à abordagem coletiva do problema – educação para a comunidade, busca dos contatos, vigilância epidemiológica - são pontuais (LANZA; LANA, 2011a).

É importante destacar que os ACS apresentaram escores abaixo de 6,6 no item que avaliou o preenchimento da Ficha B-Hanseníase do SIAB, o que demonstra falta de orientação da importância desse preenchimento para o sistema de informação da atenção primária. O sistema de informação é um importante componente da vigilância epidemiológica, sendo que as informações podem ser utilizadas para diagnóstico e análise da situação de saúde da população assim como para o planejamento e desenvolvimento de intervenções em saúde (MINAS GERAIS, 2007a).

Uma atenção orientada para a comunidade resulta do grau de integralidade da atenção no geral e pressupõe o reconhecimento das necessidades de saúde da população cadastrada no território (STARFIELD, 2002). A orientação para a comunidade em Almenara foi avaliada com forte orientação para a APS somente pelos ACS e houve diferenças na avaliação dos ACS e os usuários (Figura 10). Como a atenção à hanseníase ainda possui o enfoque principal na doença, as ações de promoção da saúde e planejamento das ações ainda são pouco valorizadas pelos profissionais da APS.

A principal ferramenta para a obtenção da orientação para a comunidade – a epidemiologia – é pouco utilizada pelos gestores e profissionais, já que o item que avalia a realização da análise dos dados epidemiológicos da hanseníase para a programação das ACH apresentou escore abaixo de 6,6. A portaria n. 3.125 recomenda as diretrizes da vigilância epidemiológica da hanseníase para direcionar as práticas nos serviços de saúde (BRASIL, 2010b). Vitória e colaboradores (2013) apontaram que é comum os profissionais alimentarem

os sistemas de informação em saúde, porém não utilizam os dados para a programação das ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e tratamento.

O baixo desempenho dos serviços de APS na realização de busca ativa de sintomáticos dermatológicos e de ações educativas sobre os sinais e sintomas da hanseníase pode estar relacionado à ausência de programação das ACH de acordo com a realidade local. No diário de campo foi registrado que a divulgação dos sinais e sintomas da hanseníase é realizada nas escolas pelo *Programa Saúde na Escola*, por meio de distribuição de panfletos e em atividades promovidas pelos Franciscanos. Contudo, líderes comunitários e conselheiros de saúde do município de Almenara consideram que a educação em saúde por meio de panfletos e cartazes possui um alcance restrito no município devido à baixa escolaridade da população (LOPES, 2014).

Um inquérito domiciliar realizado em 2010 avaliou as percepções da população de Almenara em relação à hanseníase. Os resultados mostraram que mais de 90% dos participantes da pesquisa já tinham ouvido falar da doença na televisão, escola, sala de espera nas unidades de APS, ambiente familiar/vizinhos e panfletos/cartazes, porém poucos souberam informar corretamente os sinais e sintomas da doença (CARDOSO, 2011). É preciso que os municípios realizem as ações de divulgação da doença para a comunidade utilizando recursos de comunicação apropriados para o contexto local, principalmente nos municípios silenciosos e endêmicos (WHO, 2004) e que considerem a escolaridade da população para planejar e desenvolver as campanhas educativas, de forma que a abordagem seja adequada para a população-alvo (AMARAL; LANA, 2008).

Os participantes desta pesquisa identificaram a necessidade de realizar a mobilização de lideranças comunitárias para ajudar na divulgação da doença e no controle da endemia, bem como fortalecer a discussão da hanseníase no Conselho Municipal de Saúde. Estudo recente (LOPES, 2014) realizado no município reafirmou essas fragilidades e apontou que os serviços de saúde não envolvem a comunidade na definição de estratégias para o controle da doença. Uma recomendação da autora é que os gestores e os profissionais de saúde reconheçam o potencial das associações de bairro, sindicatos e Pastoral da Criança na realização de atividades para a conscientização da população sobre os sinais e sintomas da hanseníase e da organização do atendimento da doença no município (LOPES, 2014).

A OMS sugere a capacitação de membros da comunidade para atuar na educação em saúde e o envolvimento dos líderes comunitários, usuários, gestores e profissionais de saúde no processo de planejamento e tomada de decisões (OMS, 2010b). Para Brandão (2008), os Conselhos Municipais de Saúde é um espaço para a promoção das políticas de hanseníase no

município, contudo, esse agravo precisa ser visto como uma prioridade, principalmente pelo poder público.

O oferecimento das ACH na APS também necessita da presença de profissionais capacitados para desempenharem as funções, sendo que, nesse cenário, somente os médicos e enfermeiros avaliaram estarem qualificados para atenderem hanseníase na APS. Os gestores e ACS avaliaram a orientação profissional com baixo escore para a realização do monitoramento e avaliação das ACH. Justifica-se então a limitação dos gestores na utilização das portarias 3.125 e 594 do Ministério da Saúde para o planejamento da atenção à hanseníase a ser realizada no município.

Já os médicos e enfermeiros levantaram a necessidade de educação permanente para todos os profissionais da ESF. Segundo os gestores, mesmo após vários treinamentos, é comum os profissionais não sentirem aptos a realizarem o atendimento de hanseníase. No entanto, essa postura dos profissionais de Almenara também foi relatada em outro estudo (LANA; LANA, 2011b). Uma forma de estimular as habilidades dos profissionais no cuidado ao usuário com hanseníase é realizar o atendimento com profissionais mais experientes já que o município conta com uma equipe de supervisão municipal e com especialistas na atenção secundária (LANZA *et al.*, 2011). No entanto, seria interessante a disponibilização de uma ferramenta de treinamento à distância e consultorias por telemedicina para auxiliar a condução dos casos nos serviços de APS (LUNAU, 2010), principalmente quando o município não possui profissionais experientes.

O município de Almenara possui uma organização dos serviços de saúde para a atenção à hanseníase que torna viável a sustentabilidade do programa de controle já que possui alta orientação dos atributos essenciais, necessitando apenas de pequenos ajustes no acesso geral às unidades de atenção primária, na integralidade dos serviços prestados, na formulação de uma linha de cuidado para a hanseníase e fortalecimento da supervisão das equipes na realização das ACH, bem como no sistema de referência e contrarreferência. O maior investimento que deverá ser pactuado entre os gestores, profissionais e usuários é a consolidação da orientação familiar, comunitária e profissional para a hanseníase.

4.2.2 Resultados e discussão da avaliação dos atributos da APS na atenção à hanseníase no município de Teófilo Otoni, Minas Gerais

4.2.2.1 Resultados

No município de Teófilo Otoni, a APS é constituída por 33 unidades⁴⁶, sendo 22 ESF, sete EACS e quatro unidades tradicionais. Somente não participaram do estudo as unidades tradicionais da APS, o que totaliza a coleta de dados em 87,9% da APS do município. A amostra foi constituída por sete gestores (100% da população elegível); 12 médicos (57,1%); 27 enfermeiros (79,4%) e 144 ACS (73,5%). As perdas de participantes da pesquisa estão descritas na Tabela 6 (página 72).

As características da amostra do município mostram que quase 90% dos ACS possuem treinamentos em ACH e em relação aos médicos e enfermeiros, essa proporção diminui para menos de 50% (Tabela 10 e 14 – páginas 109 e 116). De um modo geral, o tempo médio de atuação dos gestores e profissionais na atual função/unidade é em torno de 12 meses. Como a atenção à hanseníase no município é centralizada na policlínica municipal, não tivemos nenhum caso de hanseníase elegível para participar do estudo. No entanto, entrevistamos 26 usuários que responderam as questões do grau de afiliação: a média de afiliação aos serviços de APS foi de 7,7 (DP±0,8) e ao serviço de hanseníase no primeiro nível de atenção foi de 4,2 (DP±0,6).

A Tabela 26 apresenta a descrição dos escores geral, essencial, derivado e dos atributos da APS na atenção à hanseníase segundo a experiência dos gestores.

Os gestores avaliam os serviços de APS do município com baixa orientação geral e essencial na realização das ações de prevenção e controle da hanseníase, bem como os atributos porta de entrada, acesso, atendimento continuado, coordenação e orientação profissional (Tabela 26), resultado que já era esperado uma vez que a atenção ao agravo é historicamente centralizada no serviço de referência.

A porta de entrada, que apresentou um escore médio de 6,2, reforça que a APS não é o local preferencial para o primeiro contato do paciente sintomático dermatológico (item C1; média = 5,7), para os cuidados preventivos (item C2; média = 6,2) – como orientações para

⁴⁶ Segundo o relatório ATESTO do SIAB de agosto de 2012, o município de Teófilo Otoni possuía 33 unidades de APS. Segundo as informações da Sala de Situação do Ministério da Saúde (<http://189.28.128.178/sage/>), o município conta com 26 unidades da ESF, que respondem por uma cobertura de 66,2% da população.

prevenção de incapacidades físicas e exame dos contatos intradomiciliares - e em caso de intercorrências relacionadas à doença (item C3; média = 6,2). O item que avalia a obrigatoriedade de encaminhamento da APS para o atendimento no serviço de referência da hanseníase (item C4) apresentou um escore médio no limite do ponto de corte (6,6).

Tabela 26- Descrição dos Escores Geral, Essencial, Derivado e por Atributos de orientação da APS para a realização das ações de controle da hanseníase segundo a experiência dos gestores*. Teófilo Otoni, 2012.

Escores	Mínimo/ Máximo	Mediana	Média/DP	% alto escore (n)
Porta de entrada	0 ----- 10	7,5	6,2 (±3,4)	57,1 (4)
Acesso	2,9 ----- 7,1	4,3	4,8 (±1,6)	28,6 (2)
Atendimento Continuado	2,2 ----- 10	3,3	5,2 (±2,9)	42,9 (3)
Integralidade – serviços disponíveis	8,6 ----- 9,8	9,0	9,1 (±0,4)	100 (7)
Integralidade – serviços prestados	3,9 ----- 8,9	6,6	6,9 (±1,7)	57,1 (4)
Coordenação	4,7 ----- 7,2	5,5	5,9 (±1,0)	42,9 (3)
Orientação familiar	1,1 ----- 10	10	8,2 (±3,4)	85,7 (6)
Orientação comunitária	5,4 ----- 8,8	7,3	7,2 (±1,3)	57,1 (4)
Orientação profissional	1,7 ----- 7,8	5,0	4,7 (±2,2)	28,6 (2)
<i>Escore essencial</i>	4,1 ----- 8,3	5,9	6,3 (±1,4)	42,9 (3)
<i>Escore derivado</i>	5,5 ----- 7,7	6,5	6,7 (±0,7)	42,9 (3)
<i>Escore geral</i>	5,1 ----- 8,1	6,1	6,5 (±1,0)	42,9 (3)

*n=7.

Os itens do escore acesso, que foram os responsáveis pelo baixo escore desse atributo, apontam obstáculos que podem interferir na utilização dos serviços de APS não só para a hanseníase: horário de funcionamento das unidades (item D1; média = 0); ausência de telefone para os usuários solicitarem informações (item D2; média = 6,2); dificuldades de deslocamento até a unidade de saúde (item D3; média = 5,7), necessidade de utilização de transporte motorizado (item D4; média = 4,8) e a necessidade de ausentar do trabalho/compromisso para atendimento de saúde (item D5; média = 1,4). Apesar destes obstáculos, quando o usuário acessa o serviço de APS, ele consegue consulta com o médico ou enfermeiro no prazo de 24 horas quando apresenta sinais e sintomas da hanseníase (item D6; média = 6,6) e intercorrências relacionadas à doença, como neurite, reações medicamentosas e reações hansênicas (item D7; média = 8,6).

Segundo os gestores, a única ação de controle da hanseníase que a APS não está preparada para oferecer é a realização do diagnóstico de hanseníase (item F19; média = 2,4). As demais ações avaliadas no atributo integralidade dos serviços prestados estão fortemente

orientadas para a APS. Na prática, os pacientes de hanseníase possuem o serviço de referência como fonte regular de atenção ao agravo, o que justifica a baixa orientação do escore médio dos atributos atendimento continuado e coordenação.

As dificuldades encontradas no município para a operacionalização da integração das ACH na APS podem estar relacionadas à baixa qualificação de todos profissionais da APS – inclusive dos próprios gestores para a realização do monitoramento das ações de controle da doença (média geral do atributo orientação profissional = 4,7), associado aos obstáculos na oferta de treinamentos em ACH (item J6; média = 3,8), à ausência de protocolo ou fluxograma de atendimento (item G1; média = 2,4); a pouca utilização das portarias n. 3.125 (item G5; média = 2,9) e n. 594 (item G6; média = 2,4) do Ministério da Saúde na organização dos serviços, na definição das competências de cada nível de atenção à saúde e no planejamento das ACH; na colaboração da supervisão municipal de hanseníase ao desenvolvimento das ACH nas unidades de APS (item G8; média = 5,7) e, principalmente, à ausência de contrarreferência do paciente à unidade de saúde da APS mais próxima de sua residência (item G12; média = 3,8).

Durante a realização da entrevista para a coleta de dados, os gestores tiveram a oportunidade de detalharem a realidade do município na atenção à hanseníase, questões que estão sintetizadas no Quadro 21.

Quadro 21– Síntese do diário de campo de Teófilo Otoni. Informante-chave: Gestores (continua)

Principais elementos do diário de campo - Gestores
<p>Porta de entrada:</p> <ul style="list-style-type: none"> • O serviço de atenção secundária à hanseníase possui porta aberta aos usuários e é considerado pelos usuários o primeiro local de atendimento para hanseníase.
<p>Atendimento continuado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • O vínculo do paciente de hanseníase é com os profissionais da policlínica. Na APS, há grande rotatividade dos profissionais.
<p>Integralidade dos serviços prestados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • As equipes de PSF tem muita resistência para realizarem as ACH, acham que é mais uma atribuição, por isso fazem a suspeita dermatológica e encaminham para a policlínica. Faltam equipamentos como o estesiômetro.
<p>Coordenação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Não há protocolo de hanseníase no município e a utilização das portarias do MS é ainda pontual; • A referência técnica de hanseníase faz supervisão nas unidades da APS quando é solicitado e já foi cobrado para que seja realizadas discussões de casos com os profissionais da APS. • O agendamento da consulta do paciente de hanseníase na policlínica municipal é realizado por telefone e as unidades de APS possuem impresso para referência. A contrarreferência não acontece uma vez que o paciente permanece em acompanhamento na policlínica.

Quadro 21– Síntese do diário de campo de Teófilo Otoni. Informante-chave: Gestores (conclusão)

Principais elementos do diário de campo - Gestores
<p>Orientação Familiar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • As unidades são orientadas a realizarem a abordagem do paciente de hanseníase no seu contexto familiar, mas essas ações ainda são bastante pontuais já que o paciente possui a policlínica como fonte de atenção.
<p>Orientação Comunitária:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Os gestores conhecem a situação epidemiológica da hanseníase e realizam a análise dos indicadores para construir o Plano de Metas Anual. • No Conselho Municipal de Saúde foi discutido apenas os problemas relacionados ao acesso do paciente ao serviço de hanseníase, especificamente aos serviços especializados (oftalmologia, neurologia e outros). • A divulgação da hanseníase para a comunidade é feita em datas pontuais (principalmente no mês de janeiro – mês que é comemorado o dia mundial de combate da hanseníase) e não constitui rotina nos serviços de APS. • Na campanha da Fraternidade do ano de 2012, a Igreja Católica solicitou à Secretaria Municipal de Saúde para realizar a divulgação dos sinais e sintomas da hanseníase.
<p>Orientação profissional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Houve várias capacitações dos ACS e está em implantação o Núcleo de Educação Permanente para os médicos. • Há necessidade de capacitações regulares para enfermeiros e ACS.

Os profissionais médicos e enfermeiros também avaliaram que o baixo desempenho geral da APS na atenção a hanseníase (escore geral = 6,5) está relacionado às fragilidades no acesso, coordenação, orientação comunitária e profissional (Tabela 27).

Em relação ao acesso, os profissionais reforçaram as evidências dos gestores. Eles apontaram problemas de estrutura geral dos serviços de saúde da APS de Teófilo Otoni, que podem inclusive dificultar a utilização de todos os serviços disponíveis na unidade. Os itens D1, D3, D4 e D5 apresentaram baixa orientação para a APS.

Apesar do resultado do escore do atributo orientação profissional ter sido abaixo do ponto de corte da alta orientação para o desenvolvimento das ACH na APS, os profissionais consideram estarem qualificados para atender os casos de hanseníase na APS (item J2; média = 6,7), com exceção para a realização do diagnóstico (item F19; média = 5,7)⁴⁷.

⁴⁷ Média do item F19 segundo os profissionais que atenderam caso de hanseníase: 2,8.

Média do item F19 segundo os profissionais que não atenderam caso de hanseníase: 6,3.

Tabela 27 - Descrição dos Escores Geral, Essencial, Derivado e por Atributos de orientação da APS para a realização das ações de controle da hanseníase segundo a experiência dos profissionais médicos e enfermeiros, estratificados pela presença e ausência do manejo de caso na unidade de APS. Teófilo Otoni, 2012.

Escore	Amostra total n=39		Profissionais que atenderam caso de hanseníase na unidade de APS n=6				Profissionais que NÃO atenderam caso de hanseníase n=33				Valor p*
	Média/ Mediana	% alto escore (n)	Mínimo/ Máximo	Mediana	Média/DP	% alto escore (n)	Mínimo/ Máximo	Mediana	Média/DP	% alto escore (n)	
Porta de entrada	7,7 / 8,3	79,5 (31)	3,3 ----- 10	6,7	6,8 (2,5)	66,7 (4)	0 ----- 10	8,3	7,9 (2,4)	81,8 (27)	0,249
Acesso	5,0 / 5,0	23,1 (9)	2,9 ----- 5,8	5,2	4,8 (1,2)	0	2,2 ----- 7,2	5	5 (1,5)	27,3 (9)	0,691
Atendimento Continuado	**	**	5,8 ----- 10	8,9	8,4 (1,8)	83,3 (5)	---	---	---	---	---
Integralidade: Serviços disponíveis	8,9 / 8,8	100 (39)	8 ----- 9,6	9,3	9,1 (0,6)	100	7,2 ----- 10	8,8	8,8 (0,5)	100	0,296
Integralidade: Serviços prestados	7,7 / 7,8	84,6 (33)	5 ----- 9,4	7,2	7,2 (1,6)	66,7 (4)	2,2 ----- 10	7,8	7,8 (1,8)	87,9 (29)	0,314
Coordenação	4,7 / 3,3	30,8 (12)	3 ----- 9,2	4,8	5,1 (2,1)	16,7 (1)	0 ----- 10	3,3	4,6 (3,7)	33,3 (11)	0,419
Orientação familiar	**	**	6,2 ----- 10	9,2	8,7 (1,4)	83,3 (5)	---	---	---	---	---
Orientação comunitária	5,4 / 6,0	41 (16)	2 ----- 10	8,3	7,1 (3,1)	66,7 (4)	0 ----- 10	3,3	5,0 (2,8)	36,4 (12)	0,099
Orientação profissional	5,8 / 5,5	41 (16)	0 ----- 7,8	5,0	4,4 (2,6)	16,7 (1)	0 ----- 10	5,5	6,1 (2,5)	45,5 (15)	0,173
Escore essencial	6,8 / 6,8	59 (23)	5,4 ----- 8,6	6,7	6,9 (1,1)	66,7 (4)	4,3 ----- 9,2	6,8	6,8 (1,2)	57,6 (19)	0,888
Escore derivado	5,7 / 5,6	30,8 (12)	4,7 ----- 8,9	6,7	6,7 (1,7)	50 (3)	1 ----- 10	5,5	5,6 (2,1)	27,3 (9)	0,238
Escore geral	6,5 / 6,3	43,6 (17)	5,4 ----- 8	7,0	6,8 (0,9)	66,7 (4)	4 ----- 8,9	6,3	6,5 (1,2)	39,4 (13)	0,370

*Teste de Mann-Whitney para comparação das medianas entre os grupos (teste exato).

**Não foram calculados os escores dos atributos atendimento continuado e orientação familiar devido 50% *missings*.

Por isso, avaliam a necessidade de educação permanente para o melhor preparo na realização do diagnóstico e do manejo de caso (item J3; média = 2,7). Essa capacitação poderia acontecer no próprio local de trabalho com a equipe de supervisão municipal de hanseníase, no entanto, os profissionais avaliaram, no item G.7 do atributo coordenação, que as equipes da APS possuem dificuldades na colaboração e suporte dessa equipe para a realização das ACH (média = 5,4).

Os profissionais, ao serem questionados sobre a sua atuação no atendimento de hanseníase (*check-list* do atributo integralidade dos serviços prestados), informaram que em caso de suspeita de hanseníase realizariam a anamnese, exame físico geral e teste de sensibilidade da pele com estesiômetro; para o diagnóstico, os médicos solicitariam o exame de baciloscopia; no acompanhamento do tratamento do caso de hanseníase, ofereceriam a consulta mensal para a dose supervisionada e no caso de reações hansênicas, tanto os médicos quanto os enfermeiros encaminhariam o caso para o serviço de referência municipal. No entanto, foi perceptível o despreparo dos profissionais nas hipóteses levantadas pelo *check list*, que é plenamente justificável pelo fluxo de atendimento à hanseníase adotado no município (centralização no serviço de atenção secundária), o qual dificulta a atuação da APS uma vez que a policlínica é responsável pelo diagnóstico, notificação, dose supervisionada, consultas mensais e diagnóstico/tratamento das reações hansênicas. Completa-se ainda nesse cenário, a ausência de insumos básicos necessários para realizar pelo menos uma suspeita de caso de hanseníase.

Tivemos seis profissionais que afirmaram ter atendido caso de hanseníase na unidade de APS. Estes avaliaram os atributos atendimento continuado e orientação familiar com alta orientação para a realização das ACH na APS. Em contrapartida, o atributo coordenação mantém-se com baixa orientação, escore que foi influenciado pela ausência dos formulários da hanseníase no prontuário do paciente e na ausência de relatório de contrarreferência para a APS. Esses profissionais informaram que estão disponíveis no município os serviços de psicologia, fisioterapia, serviço social, neurologia, oftalmologia, ortopedia e ambulatório de referência para os quais os pacientes de hanseníase podem ser encaminhados.

As médias dos escores de cada atributo, o geral, o essencial e o derivado referidos pelos profissionais que atenderam caso de hanseníase, quando comparados àqueles que ainda não realizaram o manejo do caso, verifica-se que as diferenças não são estatisticamente significantes (p valor > 0,05). No entanto, podemos destacar que os médicos e enfermeiros quando já atenderam caso de hanseníase são mais sensibilizados em realizar atividades de orientação comunitária, mas, de uma maneira geral, o escore desse atributo, segundo a

experiência de todos os profissionais, revela uma baixa orientação dos serviços de APS do município de Teófilo Otoni em:

- a. Conhecer a situação epidemiológica da hanseníase na área de abrangência da unidade (item I1; média = 5,4);
- b. Realizar a análise dos dados epidemiológicos da hanseníase para programar as ACH a serem desenvolvidas no território (item I2; média = 5,3);
- c. Realizar ações de educação para a comunidade por meio de panfletos e na sala de espera (item I3; média = 6,2); nas igrejas e escolas (item I4; média = 5,2), bem como atividades de busca ativa de pessoas com manchas e áreas da pele com perda ou ausência de sensibilidade (item I5; média = 6,2).

Como todos os itens do atributo orientação comunitária foram avaliados pelos médicos e enfermeiros que não atenderam caso de hanseníase com escores abaixo de 6,6; esse resultado impactou no escore derivado, que possui baixa orientação para a realização das ACH na APS.

O detalhamento das fragilidades da atuação da APS na realização das ACH apontadas pelos profissionais estão descritas no Quadro 22.

Quadro 22– Síntese do diário de campo de Teófilo Otoni. Informante-chave: Profissionais (continua)

Principais elementos do diário de campo - Profissionais
<p>Porta de entrada:</p> <ul style="list-style-type: none"> • O serviço de atenção secundária à hanseníase possui porta aberta aos usuários.
<p>Atendimento continuado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Devido à rotatividade dos profissionais, os pacientes possuem maior vínculo com os enfermeiros do que os médicos.
<p>Integralidade dos serviços prestados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • As unidades não contam com insumos necessários para atender a hanseníase. Exemplo: estesiômetro; • Alguns enfermeiros afirmaram que o serviço está preparado para fazer as ações de hanseníase, mas como existe a policlínica, não precisam fazer; • Alguns enfermeiros afirmaram que foi difícil responder o <i>check list</i> porque não é algo do cotidiano deles; • Alguns médicos afirmaram que se consideram preparados para suspeitar e diagnosticar a hanseníase, porém é cômodo mandar para a policlínica porque lá é o local onde é realizado o acompanhamento do paciente; • Houve um relato de um médico que não concordava com a descentralização.

Quadro 22– Síntese do diário de campo de Teófilo Otoni. Informante-chave: Profissionais (conclusão)

Principais elementos do diário de campo - Profissionais
<p>Coordenação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • O conhecimento das portarias do MS é mínimo; • A referência técnica de hanseníase é desconhecida por muitos profissionais e aparentemente essa equipe não realiza um trabalho de apoio e supervisão nas unidades da APS. • O paciente consegue ser atendido na referência sem encaminhamento. Porém, quando é encaminhado pela equipe de APS não existe contrarreferência.
<p>Orientação familiar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Os médicos foram mais sinceros em falar que realmente não faziam algumas questões levantadas pelo instrumento. • Já as respostas dos enfermeiros tenderam para o polo afirmativo da escala de Likert, o que significa que fazem as ações levantadas nesse bloco. No entanto, isso contradiz o que eles mesmos apontaram nas questões anteriores: centralização do atendimento da hanseníase na policlínica municipal.
<p>Orientação comunitária:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Muitos desconhecem a situação epidemiológica da hanseníase no território da unidade de APS; • A maioria respondeu que a hanseníase é uma doença importante no município, mas não realizam ações de prevenção e de divulgação da doença. As unidades que queiram fazer alguma ação voltada para a hanseníase contam com o apoio da Secretaria de Saúde, mas são tantas atribuições que muitas vezes não é feito.
<p>Orientação profissional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A maioria dos profissionais considera qualificados para atenderem hanseníase na APS; • Não foi abordado o tema hanseníase no Programa de Educação Permanente destinado aos médicos.

A tabela 28 apresenta o desempenho da APS na atenção à hanseníase segundo a experiência dos agentes comunitários de saúde. Os escores essencial, derivado e geral apresentam alta orientação da APS para a realização das ações de controle da hanseníase. Ao avaliar os escores de cada atributo, verificamos que o único que possui baixa orientação é a formação profissional, que foi avaliado negativamente em relação à regularidade de educação continuada para a hanseníase (item J2; média = 4,5). Outras características da orientação da APS na atenção à hanseníase identificadas escores abaixo de 6,6 foram os itens F17 e F18, que integram o atributo integralidade dos serviços prestados; o item D5 do atributo acesso e o item I5 do atributo orientação comunitária. A supervisão do enfermeiro da equipe da ESF nas ações de controle da hanseníase desempenhadas pelos ACS pode qualificar a atuação desses profissionais nas orientações do uso correto dos medicamentos da poliquimioterapia e seus efeitos adversos e na supervisão da dose diária da PQT em pacientes com resistência ao tratamento da hanseníase.

Tabela 28 - Descrição dos Escores Geral, Essencial, Derivado e por Atributos de orientação da APS para a realização das ações de controle da hanseníase segundo a experiência dos agentes comunitários de saúde, estratificados pela presença e ausência de caso de hanseníase na microárea de atuação. Teófilo Otoni, 2012.

Escore	Amostra total n=144		ACS que possuem caso de hanseníase na microárea n=42				ACS que não possuem caso de hanseníase n=102				Valor <i>p</i> *
	Média/ Mediana	% alto escore (n)	Mínimo/ Máximo	Mediana	Média/DP	% alto escore (n)	Mínimo/ Máximo	Mediana	Média/DP	% alto escore (n)	
Porta de entrada	7,9 / 8,3	79,9 (115)	1,7 ----- 10	7,5	7,4 (±2,1)	78,6 (33)	3,3 ----- 10	8,3	8,1 (±1,9)	80,4 (82)	0,065
Acesso	6,7 / 7,1	62,5 (90)	2,4 ----- 8,7	6,6	6,0 (±1,8)	52,4 (22)	0 ----- 10	7,3	7 (±2,1)	66,7 (68)	0,003
Atendimento Continuado	**	**	5 ----- 10	9,2	8,8 (±1,1)	97,6 (41)	---	---	---	---	---
Integralidade: Serviços disponíveis	8,5 / 8,7	97,2 (140)	3,8 ----- 10	8,5	8,3 (±1,2)	95,2 (40)	6 ----- 10	8,7	8,6 (±0,9)	98 (100)	0,167
Integralidade: Serviços prestados	7,4 / 7,8	74,3 (107)	1,7 ----- 10	8,3	8 (±2,2)	81 (34)	1,1 ----- 10	7,2	7,2 (±2,4)	71,6 (73)	0,042
Orientação familiar	**	**	2,2 ----- 10	8,9	8,3 (±1,9)	83,3 (35)	---	---	---	---	---
Orientação comunitária	7,2 / 7,5	68,1 (98)	0,8 ----- 10	7,5	7 (±2,9)	64,3 (27)	0 ----- 10	7,5	7,3 (±2,6)	69,6 (71)	0,677
Orientação profissional	6,4 / 6,7	60,4 (87)	0 ----- 10	6,6	6,5 (±2,9)	66,7 (28)	0 ----- 10	6,7	6,3 (±2,9)	57,8 (59)	0,704
<i>Escore essencial</i>	7,7 / 7,7	84 (121)	4,9 ----- 9,5	7,9	7,7 (±1,0)	88,1 (37)	5,6 ----- 10	7,7	7,7 (±1,1)	82,4 (84)	0,861
<i>Escore derivado</i>	7,0 / 7,6	63,2 (91)	2,7 ----- 10	7,6	7,2 (±2,2)	71,4 (30)	1,1 ----- 10	7,4	6,9 (±2,4)	59,8 (61)	0,457
<i>Escore geral</i>	7,5 / 7,6	71,5 (103)	4,7 ----- 9,7	7,9	7,5 (±1,3)	73,8 (31)	4,1 ----- 9,7	7,5	7,4 (±1,4)	70,6 (72)	0,622

*Teste de Mann-Whitney para comparação das medianas entre os grupos (teste de Monte Carlo).

**Não foram calculados os escores dos atributos atendimento continuado e orientação familiar devido 50% *missings*.

Ao avaliar os escores estratificados pela experiência de ter tido caso de hanseníase na microárea, há uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos na média do escore do atributo acesso ($p=0,003$), sendo que os ACS que não possuem caso de hanseníase na microárea avaliam esse atributo fortemente orientado para a APS, com exceção do item D5 (os usuários perdem o turno de trabalho ou compromisso para serem atendidos na unidade de saúde da APS; média = 3,0).

Os ACS que possuem experiência no manejo de caso de hanseníase ratificam esse baixo desempenho da APS (item D5; média = 2,4), bem como a dificuldade de deslocamento dos usuários e da utilização de transporte motorizado para chegarem à unidade de saúde (itens D3 e D4 respectivamente; média 5,6). Eles também avaliaram de forma positiva a orientação da APS no atendimento continuado, na integralidade dos serviços disponíveis e prestados, na orientação familiar e comunitária. Ter tido caso de hanseníase na microárea qualifica a realização das ACH, sendo que esta diferença é estatisticamente significativa ao comparar com os demais ACS que somente viveram a temática da hanseníase em cursos de capacitação ($p=0,042$). Esses últimos apresentaram escores médios abaixo do ponto de corte (6,6) nos itens que avalia o preparo para a realização de orientações sobre o tratamento da hanseníase, seus efeitos adversos e a administração da dose diária da PQT.

Os ACS que atenderam caso de hanseníase ainda destacaram que, nos itens que compõem o escore derivado, há fragilidades no preenchimento da ficha B-Hanseníase do SIAB (item H9; média = 4,6) e na realização de atividades educativas sobre a hanseníase nas escolas e igrejas (item I2; média = 4,8).

Quadro 23– Síntese do diário de campo de Teófilo Otoni. Informante-chave: ACS

(continua)

Principais elementos do diário de campo - ACS
<p>Porta de entrada:</p> <ul style="list-style-type: none"> • O serviço de atenção secundária à hanseníase possui porta aberta aos usuários; • O fluxo de atendimento ao usuário não é claro entre todos os profissionais das unidades de APS. Dentro de uma mesma unidade tem profissionais que afirmam que o paciente tem que ir para a referência encaminhada pela APS, outros afirmam que não é necessário.
<p>Acesso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A maioria dos ACS que atuam na zona urbana afirmou que os usuários possuem dificuldade de acesso à unidade de APS. • Os usuários da zona rural tem muita dificuldade em questão de distância e condições das estradas.

Quadro 23– Síntese do diário de campo de Teófilo Otoni. Informante-chave: ACS
(conclusão)

Principais elementos do diário de campo - ACS	
Atendimento continuado:	<ul style="list-style-type: none"> • Rotatividade de médico da ESF da zona urbana é maior do que das unidades da zona rural. • Muitas vezes o enfermeiro não tem o conhecimento se no território da unidade de APS tem algum usuário com hanseníase. O paciente é acompanhado exclusivamente pelo médico e outros profissionais da policlínica. O único acompanhamento que a APS realiza é por meio da visita domiciliar do ACS.
Orientação familiar:	<ul style="list-style-type: none"> • Muitos ACS afirmaram que dificilmente tocam no assunto de hanseníase com os pacientes nas visitas domiciliares, a não ser que o paciente ou familiar pergunte alguma coisa. • Alguns ACS desconheciam a Ficha B-hanseníase.
Orientação comunitária:	<ul style="list-style-type: none"> • As atividades voltadas para a hanseníase desenvolvidas pelas unidades são poucas e pontuais. • Faltam materiais educativos, como cartazes.
Orientação profissional:	<ul style="list-style-type: none"> • Algumas unidades contam com um documento onde consta algumas ações, em forma de <i>check list</i>, que o ACS deve desenvolver em algumas situações na atenção à hanseníase. • Muitos ACS afirmaram que seria importante ter mais treinamentos. • Em algumas unidades, os ACS relataram que os enfermeiros realizam capacitações em serviço.

Segundo a Figura 11, que apresenta a síntese dos escores essencial, derivado e geral segundo os informantes-chave, podemos afirmar que os gestores e os profissionais médicos e enfermeiros avaliam a APS com baixa orientação para a realização das ACH. Em contrapartida, os ACS avaliaram positivamente essa orientação.

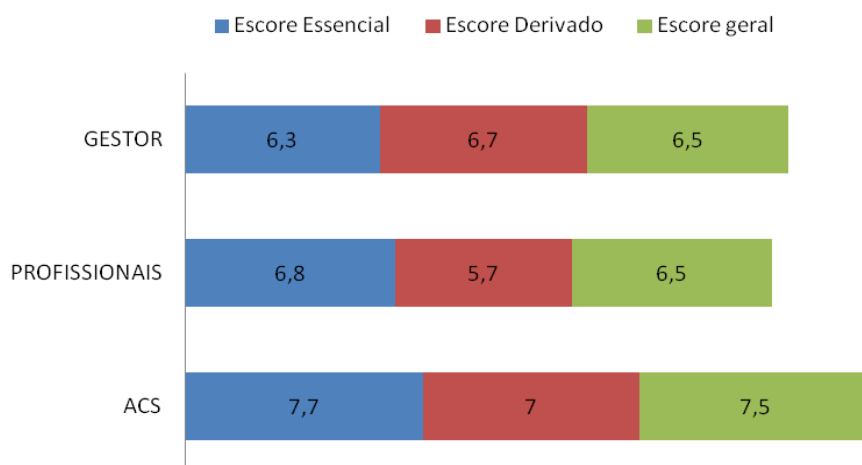


Figura 11: Descrição da avaliação dos escores essencial, derivado e geral na atenção à hanseníase em Teófilo Otoni, 2012.

Ao realizar o teste de *Kruskal-Wallis*, verificamos que há diferenças estatisticamente significantes entre os grupos na avaliação do desempenho geral ($H(2)=16,6$, $p<0,001$), essencial ($H(2)=21,4$, $p<0,001$) e derivado ($H(2)=10,8$, $p=0,004$) da APS na atenção à hanseníase. Para identificar em qual grupo encontra-se a diferença, as figuras 12, 13 e 14 apresentam, respectivamente, o diagrama de caixa e bigodes para os escores geral, essencial e derivado segundo o tipo de informante-chave, que orientou a escolha dos grupos a serem testados na análise *post hoc* para o teste de *Kruskal-Wallis*.

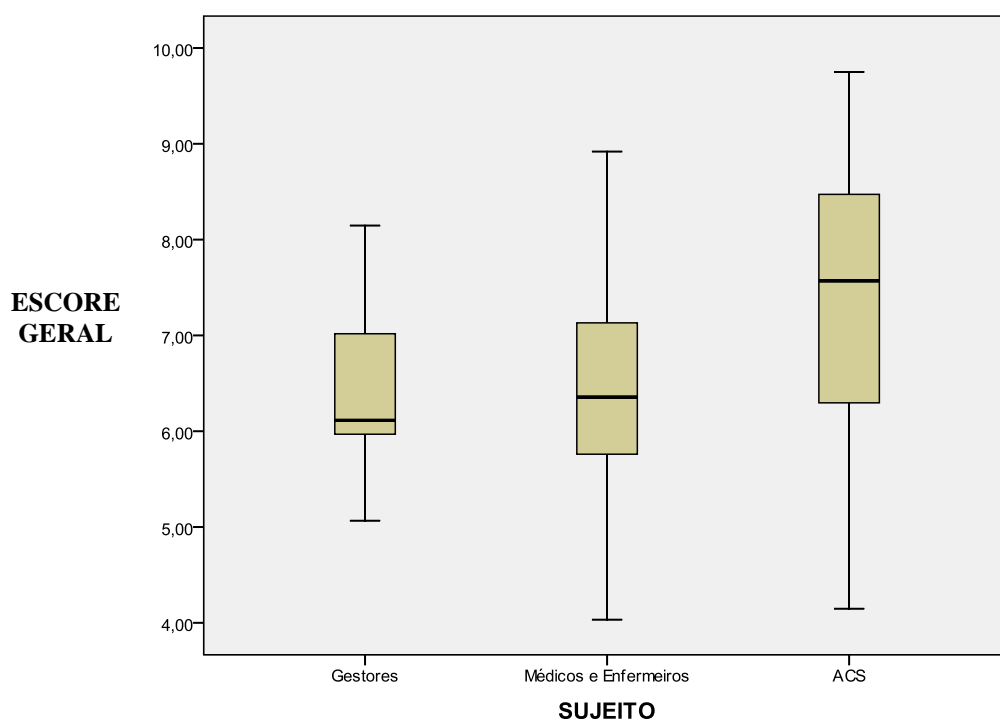


Figura 12 – *Boxplot* para escore geral de acordo com o sujeito de pesquisa do município de Teófilo Otoni.

Segundo a Figura 12, verifica-se que os ACS apresentaram melhor mediana do escore geral. Optamos por realizar as comparações com dos ACS com os profissionais e gestores, utilizando o valor crítico de 0,025 (correção de Bonferroni):

- a. Teste 1: ACS comparado com profissionais → Os ACS (mediana = 7,6) diferem dos profissionais (mediana = 6,3) na avaliação do escore geral; teste de *Mann-Whitney* = 1710; $p<0,001$.

- b. Teste 2: ACS comparado com gestores → Os ACS (mediana = 7,6) não diferem dos gestores (mediana = 6,1) na avaliação do escore geral; teste de *Mann-Whitney* = 279; $p=0,045$.

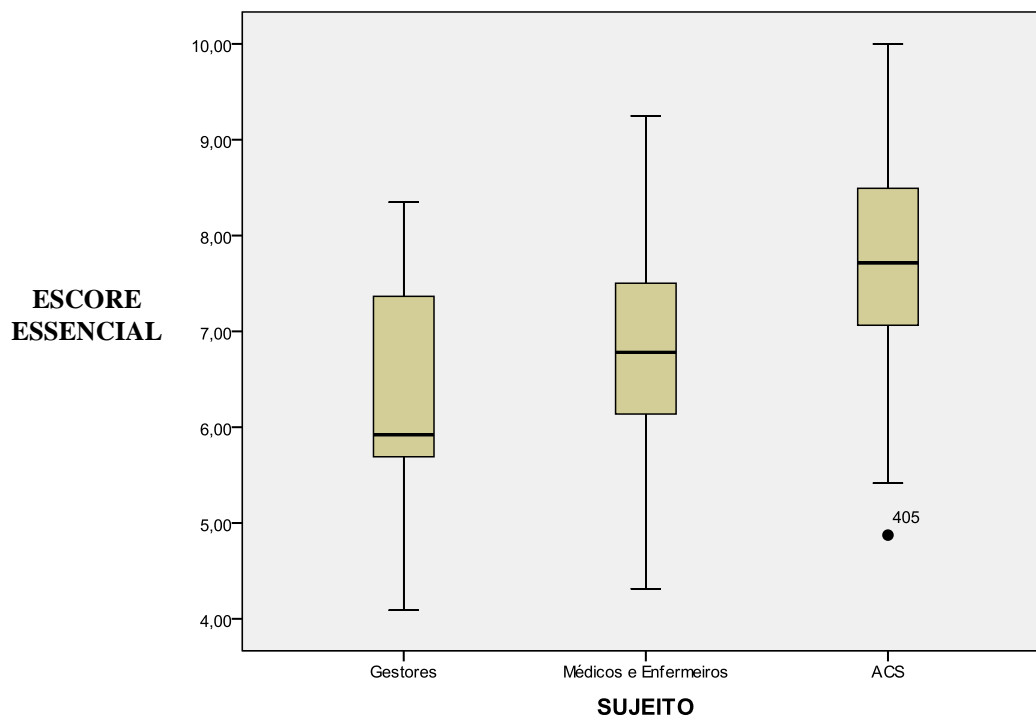


Figura 13 – *Boxplot* para escore essencial de acordo com o sujeito de pesquisa do município de Teófilo Otoni.

Segundo a Figura 13, constata-se que os ACS continuam apresentando melhor mediana em relação aos profissionais e gestores. Ao aplicar o teste de *Mann-Whitney* com correção de Bonferroni, verifica-se que a diferença encontra-se entre os dois grupos:

- Teste 1: Os ACS (mediana = 7,7) diferem dos profissionais (mediana = 6,8) na avaliação do escore essencial; teste de *Mann-Whitney* = 1606; $p<0,001$.
- Teste 2: Os ACS (mediana = 7,7) diferem dos gestores (mediana = 5,9) na avaliação do escore essencial; teste de *Mann-Whitney* = 219; $p=0,008$.

Em relação ao escore derivado (Figura 14), os ACS (mediana = 7,6) diferem dos profissionais (mediana = 5,6) (teste de *Mann-Whitney* = 1877; $p=0,002$), porém não há diferença com os gestores (mediana = 6,5) (teste de *Mann-Whitney* = 389; $p=0,316$).

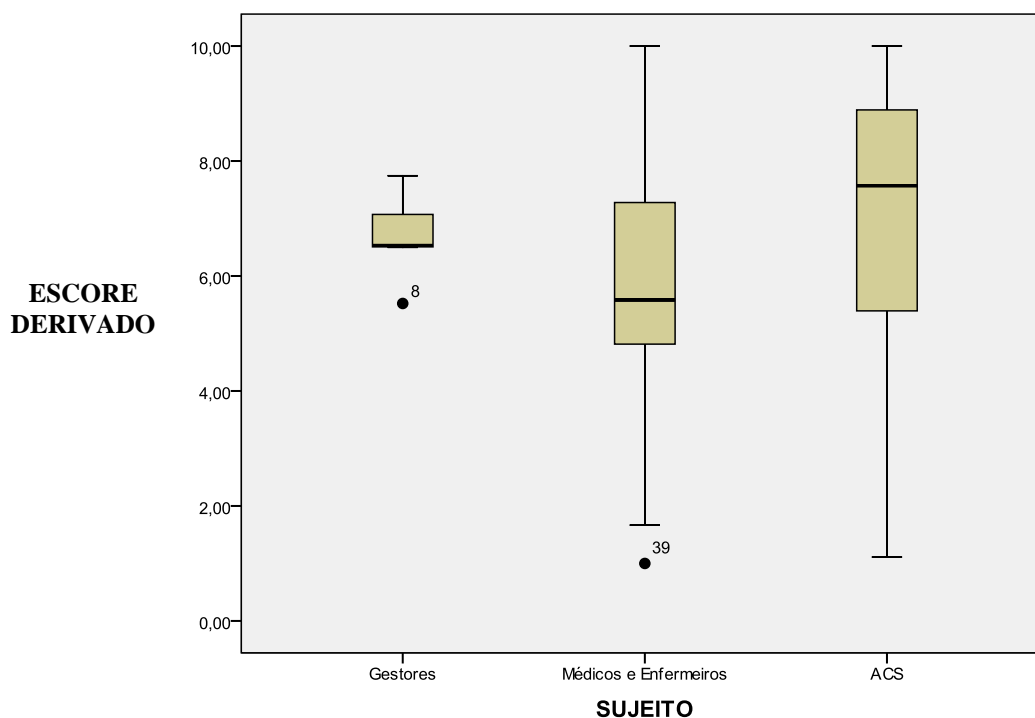
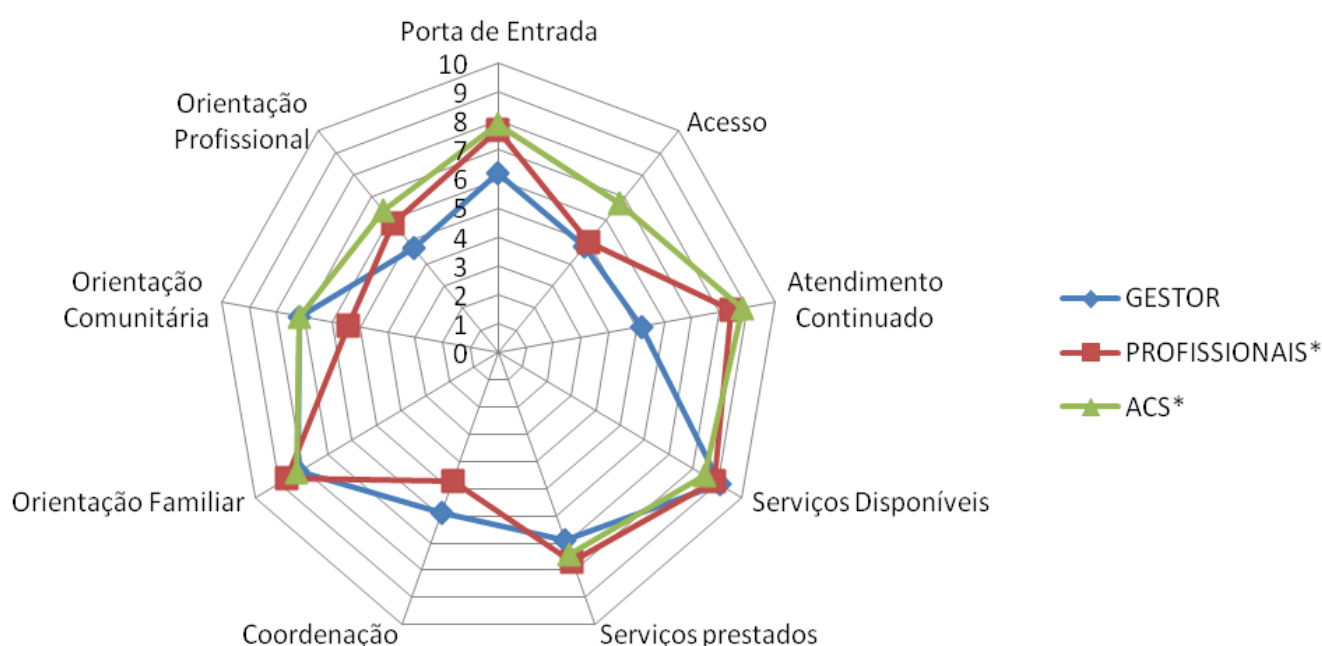


Figura 14 – *Boxplot* para escore derivado de acordo com o sujeito de pesquisa do município de Teófilo Otoni.

A Figura 15 mostra a comparação da avaliação dos escores médios dos atributos da APS na atenção à hanseníase segundo a experiência dos gestores, profissionais e ACS do município de Teófilo Otoni. De acordo com essa figura, observamos as seguintes convergências e divergências nas médias dos escores de cada atributo atribuídas pelos gestores, médicos/enfermeiros e ACS:

- Porta de entrada: os gestores avaliaram com menor orientação à APS do que os profissionais da equipe de APS;
- Acesso: é mais bem avaliado pelos ACS do que os gestores, médicos e enfermeiros;
- Atendimento continuado: os profissionais da equipe de APS (médicos, enfermeiros e ACS) avaliaram o atendimento continuado com maior orientação à APS do que os gestores;
- Integralidade dos serviços disponíveis e Orientação familiar: todos os participantes da pesquisa avaliam a disponibilidade dos serviços nas unidades de APS de forma semelhante;
- Integralidade dos serviços prestados: os gestores possuem a menor avaliação em comparação aos profissionais da unidade de APS;

- f. Coordenação: há uma melhor orientação desse atributo segundo a experiência dos gestores;
- g. Orientação comunitária: os médicos e enfermeiros realizaram a menor avaliação desse atributo;
- h. Orientação profissional: segundo a experiência dos participantes dessa pesquisa, os ACS tiveram a melhor avaliação, seguidos dos médicos/enfermeiros e, por último, os gestores.



*Nota: Foram utilizados na comparação os escores dos atributos atendimento continuado e orientação familiar avaliados pelos profissionais e ACS que possuem experiência no atendimento de caso de hanseníase na unidade de saúde/microárea.

Figura 15 – Comparação da avaliação dos escores médios dos atributos da APS do município de Teófilo Otoni na atenção à hanseníase segundo a experiência dos gestores, profissionais e ACS no ano de 2012.

Pelo teste de *Kruskal-Wallis*, verifica-se que a avaliação dos escores são significamente diferentes entre os informantes-chave da pesquisa nos atributos acesso ($H(2)=29,2, p<0,001$); atendimento continuado ($H(2)=8,5, p=0,014$) e orientação comunitária

($H(2)=12,2$, $p=0,002$). As figuras 16, 17 e 18 apresentam, respectivamente, o diagrama de caixa e bigodes para os escores do atributo acesso, atendimento continuado e orientação comunitária.

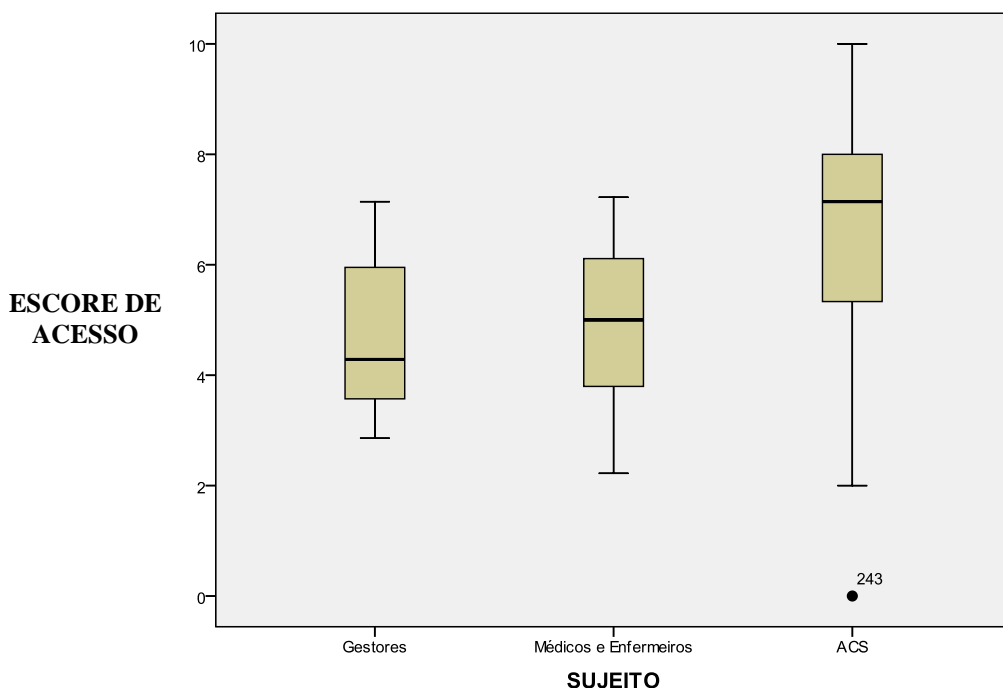


Figura 16 – *Boxplot* para escore do atributo acesso de acordo com o sujeito de pesquisa do município de Teófilo Otoni.

Segundo a Figura 16, a mediana do escore do acesso atribuído pelos ACS (mediana =7,1) é significamente diferente do escore conferido pelos gestores (mediana=4,3; teste de *Mann-Whitney* = 216; $p=0,008$) e pelos profissionais (mediana=5,0; teste de *Mann-Whitney* = 1346; $p<0,001$).

Em relação ao atributo atendimento continuado (Figura 17), há diferença estatisticamente significante somente entre os ACS (mediana=9,2) e gestores (mediana=3,3; teste de *Mann-Whitney* = 45,5; $p=0,002$). Entre os profissionais (mediana=8,9) e gestores, a diferença não é significante ($p=0,037$) ao realizar a correção de Bonferroni.

A Figura 18 mostra que os ACS possuem a melhor mediana na avaliação do escore de orientação comunitária (mediana=7,5), seguido dos gestores (mediana=7,3) e profissionais (mediana=6), sendo que somente há diferença entre os ACS e profissionais ($p<0,001$).

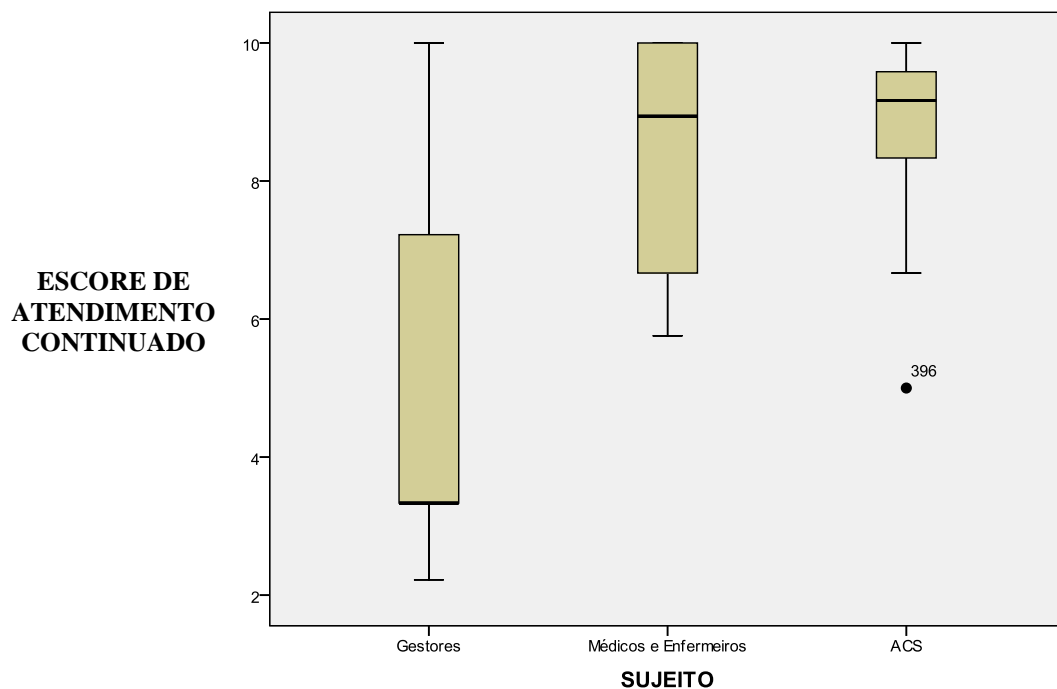


Figura 17 – *Boxplot* para escore do atributo atendimento continuado de acordo com o sujeito de pesquisa do município de Teófilo Otoni.

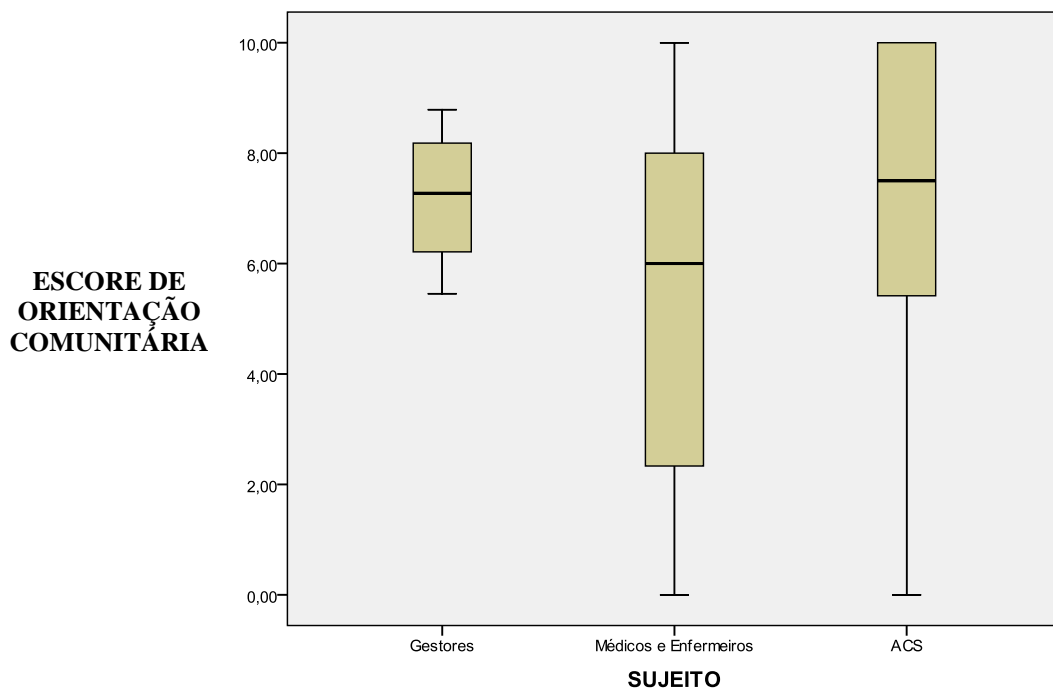


Figura 18 - *Boxplot* para escore do atributo orientação comunitária de acordo com o sujeito de pesquisa do município de Teófilo Otoni.

4.2.2.2 Discussão

Os gestores e profissionais médicos e enfermeiros do município de Teófilo Otoni avaliaram que os serviços de atenção primária apresentam baixa orientação para a realização das ações de controle da hanseníase. O escore geral foi positivamente avaliado somente por 42,9% dos gestores e 43,6% dos profissionais, sendo que o escore médio desses informantes foi de 6,5. Já o escore essencial, os gestores avaliaram a APS com baixa orientação (média=6,3) e os profissionais com alta orientação (média=6,8). Em contrapartida, o escore derivado – que qualifica a atenção realizada na APS - teve uma avaliação de orientação positiva pelos gestores (média=6,7) e negativa pelos profissionais (média=5,7). Os ACS avaliaram os escores geral (média=7,5), essencial (média=7,7) e derivado (média=7,0) com alta orientação para a realização das ACH na APS. Por isso, encontramos diferenças estatisticamente significantes entre os grupos na avaliação do desempenho da APS na atenção à hanseníase: escore geral (ACS diferem dos profissionais), escore essencial (ACS diferem dos gestores e profissionais) e escore derivado (ACS diferem dos profissionais).

A porta de entrada foi avaliada com baixo escore somente pelos gestores do município (média=6,2). Apesar dos profissionais e ACS terem atribuído escores acima de 6,6 para o atributo da porta de entrada, os informantes-chave relataram, durante a realização da entrevista, que o serviço de atenção secundária da hanseníase possui porta aberta aos usuários e estes procuram diretamente esse serviço uma vez que não há a obrigatoriedade de encaminhamento pelas equipes da APS. Teoricamente, a porta de entrada dos usuários no sistema de saúde é a atenção primária, cuja utilização é basicamente desencadeada pelos indivíduos (STARFIELD, 2002), ou seja, é o primeiro local a procurar atendimento quando há uma necessidade ou problema de saúde (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). Já o uso da atenção secundária e terciária deve ser determinado pelos profissionais da APS mediante encaminhamento (STARFIELD, 2002).

As exigências para o acesso a especialistas por meio do encaminhamento da atenção primária são consideradas mais consistentes com o aspecto do primeiro contato da atenção primária. A capacidade do paciente de se auto-encaminhar é considerado conducente a um sistema de saúde orientado para a especialidade (STARFIELD, 2002, p. 569).

Quando avaliamos o grau de afiliação do usuário com hanseníase à unidade de APS, verificamos que existe uma forte afiliação (escore médio = 7,7); no entanto, com uma grande fragilidade ao avaliar a afiliação com o atendimento da hanseníase no primeiro nível de atenção à saúde (escore médio = 4,2). Isso pode ser explicado pela organização histórica da

atenção à hanseníase no município – realizado somente por especialistas, seja em consultórios particulares ou na policlínica municipal – onde o usuário visualiza esses serviços como o local preferencial para a busca de atendimento.

Em 2012 foram diagnosticados 25 casos de hanseníase no município de Teófilo Otoni. Destes, 64% apresentaram formas clínicas multibacilares e 13% com grau 2 de incapacidade física no diagnóstico (MINAS GERAIS, 2013), o que sugere que o diagnóstico está sendo realizado tardiamente. Esse dado também é um reflexo da fragmentação da atenção e da organização dos serviços de saúde do município (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013), que atribuem a responsabilização do atendimento da hanseníase para a policlínica municipal, sem envolvimento da equipe de APS.

Os sistemas fragmentados de atenção à saúde, fortemente hegemônicos, são aqueles que se organizam através de um conjunto de pontos de atenção à saúde, isolados e incomunicados uns dos outros, e que, por consequência, são incapazes de prestar uma atenção contínua à população. Em geral, não há uma população adscrita de responsabilização. Neles, a atenção primária à saúde não se comunica fluidamente com a atenção secundária à saúde e, esses dois níveis, também não se articulam com a atenção terciária à saúde, nem com os sistemas de apoio, nem com os sistemas logísticos. Diferentemente, os sistemas integrados de atenção à saúde, as RASs [*redes de atenção à saúde*], são aqueles organizados através de um conjunto coordenado de pontos de atenção à saúde para prestar uma assistência contínua e integral a uma população definida (MENDES, 2011, p.50).

Desde o ano 2000, a Organização Mundial de Saúde e o governo brasileiro enfatizam a recomendação da integração da atenção à hanseníase nas unidades mais próximas das residências das pessoas, ou seja, nos serviços de APS para aumentar o acesso da população às ACH. Se a porta de entrada da APS estivesse bem estabelecida em Teófilo Otoni não haveria tantos casos multibacilares e os usuários procurariam atendimento na unidade de atenção primária, ao invés do serviço de referência municipal de hanseníase.

Starfield (2002) afirma que os usuários realizam a avaliação do primeiro contato com maior fidedignidade em relação aos profissionais, sendo que os primeiros tendem a realizar uma avaliação real do processo. Nesse sentido, justifica-se a avaliação positiva dos gestores, médicos, enfermeiros e ACS em relação à disponibilidade de atendimento médico ou de enfermagem no prazo de 24 horas quando o usuário procura a unidade com sinais e sintomas da hanseníase ou com complicações relacionadas à doença.

Mesmo que o resultado do grau de afiliação do usuário ao serviço de APS ter tido um escore que indica alta orientação, na realidade os resultados remetem que há problemas no reconhecimento pelos usuários da APS como fonte regular de atenção e utilização a cada novo problema de saúde (STARFIELD, 2002) já que o escore de afiliação ao serviço de hanseníase apresentou valores abaixo de 6,6.

Se existe uma relação entre um profissional de saúde e um paciente que transcende a presença de problemas ou tipos de problemas específicos (longitudinalidade), é mais provável que o paciente procure inicialmente aquele profissional de saúde para atendimento no caso de um novo problema (atenção ao primeiro contato) (STARFIELD, 2002, p. 67).

Essa autora complementa que a longitudinalidade está diretamente relacionada com a integralidade dos serviços (STARFIELD, 2002). Segundo a experiência dos gestores, a avaliação do atendimento continuado apresentou baixa orientação para a realização das ACH na APS uma vez que o acompanhamento do tratamento do usuário com hanseníase é realizado na unidade de atenção secundária, sem contrarreferência para a APS.

A “continuidade da atenção” é uma expressão usada frequentemente para descrever o quanto os pacientes consultam com o mesmo profissional ou visitam a mesma unidade de saúde entre uma consulta e outra ou mesmo em um determinado período de tempo. Neste sentido, a continuidade poderia ser uma característica tanto da atenção especializada como da atenção primária, mas estaria orientada para o manejo dos problemas e não da atenção às pessoas, independente do problema que elas possam ter (STARFIELD, 2002, p. 249).

Apesar dos profissionais médicos e enfermeiros terem atribuído escores acima de 6,6 para o atributo integralidade dos serviços prestados, os gestores, durante a realização da coleta de dados, mencionaram que há uma grande resistência dos profissionais da APS para a realização do atendimento da hanseníase. A redução da dependência dos serviços verticais e a promoção da integração das ACH nos serviços de APS deveria ser o foco de trabalho da gestão municipal, já que se trata uma recomendação da OMS desde 2005 (OMS, 2005). A publicação da “Estratégia global para aliviar a carga da hanseníase e manter as atividades de controle da hanseníase” foi um marco para a organização da rede de atendimento à hanseníase nos três níveis de atenção à saúde para reduzir a carga da doença (PANNIKAR, 2009).

A integralidade dos serviços prestados nesse estudo mediu a variedade das ações de controle da hanseníase que são oferecidas na atenção primária. Sendo assim, serviços com altos escores indicam que a maioria das atividades é realizada na APS e os escores mais baixos são encontrados quando os serviços de APS possuem fragilidades (STARFIELD, 2002) na oferta de ações de controle e prevenção da hanseníase. Dicotomicamente, gestores e profissionais avaliaram que a única ação de controle da hanseníase que a APS não está preparada para oferecer é a realização do diagnóstico da doença.

No entanto, o *check list* do atributo integralidade dos serviços prestados – que avaliou a atuação dos profissionais médicos e enfermeiros no atendimento à hanseníase - identificou fragilidades na conduta desses profissionais na avaliação do caso suspeito de hanseníase, no diagnóstico, no acompanhamento do tratamento, nas reações hansênicas e na

alta do usuário. De acordo com o atual cenário do município, que possui a atenção à hanseníase centralizada na policlínica, a habilidade mais importante dos profissionais da APS é a realização da suspeita de caso da doença e de encaminhamentos adequados (OMS, 2005). Para isso, o sistema de saúde deve assegurar o fácil acesso da população ao diagnóstico e tratamento da hanseníase, com uma atuação integrada dos serviços de atenção primária e secundária (PANNIKAR, 2009), mediante diretrizes de encaminhamento para referência e contrarreferência (SAMY; JOSHI, 2010).

Starfield (2002) afirma que a amplitude de resolatividade da APS determinará o “peso” da coordenação, que ficará responsável pela oferta de serviços que não são oferecidos nas unidades de atenção primária.

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. Isto inclui o encaminhamento para serviços secundários para consultas, serviços terciários para manejo de problemas específicos e para serviços de suporte fundamentais (STARFIELD, 2002, p. 62).

Na atenção à hanseníase, a manutenção das unidades de referência na atenção secundária e terciária é importante para dar sustentabilidade ao programa de controle da doença já que possuem profissionais experientes para a realização do diagnóstico correto; prescrição do esquema PQT apropriado à classificação operacional; manejo das reações hansênicas e outras complicações, aconselhamento e fornecimento de aparelhos de prótese e órteses, incluindo a cirurgia reconstrutiva; treinamento de profissionais e outros (RAO, 2010). É fundamental que a comunicação entre os níveis de atenção seja formalizada para obter o melhor manejo do caso de hanseníase (OMS, 2010a).

No município de Teófilo Otoni, a coordenação foi avaliada com baixa orientação pelos gestores (média=5,9) e profissionais (média=4,7). Mesmo que o diagnóstico e o acompanhamento de caso de hanseníase são realizados somente na referência municipal, em um sistema de saúde integrado, as equipes de APS deveriam ser envolvidas no acompanhamento do usuário em relação à sua saúde como um todo e em relação ao tratamento e ao acompanhamento no pós-alta para fortalecer a coordenação do cuidado e oferecer uma atenção integral. Se não há contrarreferência, como os profissionais da APS de Teófilo Otoni reconhecem quem são os usuários com hanseníase e as suas necessidades? Este é o grande problema da coordenação do cuidado quando o usuário está exclusivamente sob os cuidados em unidades da atenção secundária.

O elemento estrutural essencial para a coordenação é a continuidade da atenção; deve haver um mecanismo que deixe o profissional ciente dos problemas sempre que ocorrerem, de forma que possíveis inter-relações possam ser detectadas e manejadas (STARFIELD, 2002, p. 389).

Pandey e Rathod (2010) destacam que o acompanhamento do tratamento do paciente de hanseníase também é uma habilidade esperada dos profissionais que atuam nos serviços de saúde mais próximos das residências dos pacientes. Na microrregião de Diamantina (MG), 60% dos pacientes notificados entre 2005 e 2010 realizaram o tratamento da hanseníase nas unidades de APS que eram adscritos e os demais na unidade de atenção secundária. Contudo, a grande maioria dos usuários teve acompanhamento dos profissionais da ESF por meio de visita domiciliar, independente de estarem ou não realizando tratamento nesta unidade (RIBEIRO, 2012).

No caso de Teófilo Otoni, se fosse implantada uma atenção compartilhada do usuário com hanseníase, qual seria o papel desempenhado por cada nível de atenção para obtenção de uma assistência qualificada? A APS precisa contar com a colaboração de uma equipe de supervisão municipal de hanseníase - que realiza consultorias aos profissionais da APS – já que os profissionais, ACS e gestores identificaram baixa orientação profissional para a realização das ações de hanseníase nas unidades de atenção primária. No entanto, em Teófilo Otoni, a referência técnica de hanseníase possui dificuldades em realizar essa supervisão das equipes de APS já que essa ação foi avaliada com baixa orientação pelos gestores (item G8; média=5,7) e profissionais (item G7; média=5,4).

Em Rubim e Jacinto, municípios que também pertencem ao cluster 6 da hanseníase, o diagnóstico da doença é confirmado em uma consulta realizada por um grupo de profissionais, não por falta de capacidade técnica dos profissionais, mas como forma de aumentar a experiência no manejo da hanseníase e também para reforçar o aprendizado teórico (LANZA, 2009). Os resultados mostraram que ter tido caso de hanseníase na microárea qualifica os ACS na realização das ACH, sendo que esta diferença é estatisticamente significativa ao comparar com os demais ACS que somente viveram a temática da hanseníase em cursos de capacitação ($p=0,042$).

A continuidade da atenção pode ser realizada por meio de visitas domiciliares dos enfermeiros e médicos da APS, bem como no próprio acompanhamento do atendimento desse paciente na referência municipal. Segundo os ACS, eles são os únicos profissionais da APS que realizam o acompanhamento dos usuários com hanseníase, contudo, com fragilidades no preenchimento da Ficha B-Hanseníase.

Lanza e colaboradores (2011) destacam que

A descentralização das ACH para as unidades da ESF permitiu uma nova caracterização do trabalho em hanseníase – a realização de práticas de controle da doença no território extramuro da unidade de saúde - e a incorporação de um novo agente ao processo de trabalho: o agente comunitário de saúde. A inserção do ACS no desenvolvimento das ACH permitiu uma melhora da divulgação dos sinais e sintomas da doença, da busca ativa dos faltosos, da busca dos comunicantes e até mesmo da supervisão do tratamento poliquimioterápico (p. 167-168).

Os profissionais dos serviços de atenção primária e secundária deveriam especificar quais são as atividades que serão desenvolvidas em cada nível de atenção, de acordo com o treinamento, experiência e competência de cada um e da equipe para a realização das ações (STARFIELD, 2002). No entanto, os gestores apontaram que além das dificuldades na oferta de treinamentos em ACH, o município de Teófilo Otoni não utiliza as portarias do Ministério da Saúde para a definição de atuação de cada nível de atenção e não possui o fluxograma de atendimento dos usuários com hanseníase. Tanto os gestores quanto os profissionais atribuíram escores abaixo de 6,6 para o atributo coordenação, o que, para Starfield (2002), sugere fragilidades nas diretrizes para a transferência de informações entre os profissionais da APS e da atenção secundária.

Caso a APS seja fortalecida como a fonte habitual de atenção e a coordenação do sistema estiver bem estabelecida, os usuários receberão o cuidado integral não só para a hanseníase, como também para outros problemas de saúde. No entanto, a utilização dos serviços de saúde também é determinada pela acessibilidade, que é o elemento estrutural da atenção ao primeiro contato (STARFIELD, 2002). O atributo acesso foi avaliado com baixos escores pelos gestores (média=4,8) e profissionais (média=5). Além dos problemas organizacionais – ausência de telefone e o horário de funcionamento das unidades, também identificados nos serviços de APS em Almenara, o município de Teófilo Otoni também apresenta fragilidades no acesso geográfico, avaliado pela dificuldade de deslocamento dos usuários aos serviços de saúde e necessidade de utilização de transporte motorizado. Esse acesso avalia as características relacionadas à distância e ao tempo necessário para o recebimento da atenção (STARFIELD, 2002).

O reconhecimento dos usuários com hanseníase no território de abrangência da unidade de APS também determinará o acesso às ações voltadas para a família do paciente. Arantes e colaboradores (2010) sugerem que as famílias dos usuários com hanseníase sejam envolvidas no cuidado do paciente para estimular a regularidade do tratamento e acompanhamento pelos profissionais, realização de autocuidados e controle dos contatos. Os dados epidemiológicos do município do ano de 2012 (MINAS GERAIS, 2013) evidenciaram

uma queda no percentual de contatos domiciliares examinados (70,4%) em relação ao ano anterior (80%) (MINAS GERAIS, 2012). Isso demonstra que os serviços verticais não conseguem realizar sozinhos as ações de controle da doença (SMITH, 2010), necessitando assim compartilhar a gestão do cuidado com a equipe de APS.

A divulgação dos sinais e sintomas da hanseníase e a busca ativa de sintomáticos dermatológicos foram as ações que contribuíram para a baixa orientação comunitária. “Estratégia também recomendada pelo Ministério da Saúde é aumentar o reconhecimento da doença em seu estágio inicial pela população com a realização de campanhas frequentes, distribuição de panfletos e outras atividades junto à comunidade” (ARANTES *et al.*, 2010; p. 163). Quando a comunidade conhece os sinais e sintomas da hanseníase é promovido a demanda espontânea aos serviços de saúde, garantindo assim a precocidade do diagnóstico (OMS, 2010a).

Destaca-se que os médicos e enfermeiros que já atenderam caso de hanseníase em Teófilo Otoni são mais sensibilizados em realizar atividades de orientação comunitária (média =7,1) do que aqueles que não atenderam (média=5,0), porém sem diferenças estatisticamente significantes entre esses grupos (Tabela 27).

As dificuldades encontradas no município para a operacionalização da integração das ACH na APS podem estar relacionadas à baixa qualificação de todos profissionais da APS – inclusive dos próprios gestores para a realização do monitoramento das ações de controle da doença (média geral do atributo orientação profissional = 4,7) – e à comodidade em transferir a responsabilidade do diagnóstico e do cuidado ao paciente de hanseníase para os profissionais do serviço da atenção secundária. Segundo a experiência dos participantes da pesquisa em Teófilo Otoni, os ACS tiveram a melhor avaliação, seguido dos médicos/enfermeiros e, por último, os gestores. Como os ACS estão em contato frequente com as famílias do seu território, justifica-se a melhor avaliação do desempenho da APS na realização das ACH atribuída por esses profissionais.

Para Smith (2010), a manutenção do manejo do caso de hanseníase exclusivamente pelos especialistas não permite a integração das ACH no primeiro nível de atenção e nem mesmo a gestão compartilhada do cuidado. Grossi (2008, p. 781) complementa:

Os fatores que têm dificultado esta integração são, dentre outros: [...] a visão antiga de que o controle dessa doença é de responsabilidade de centros especializados e não da Atenção Básica; a dificuldade do serviço de referência de entender e incorporar o seu novo papel de repassar experiência e apoiar a Atenção Básica, e não mais de assumir integralmente o tratamento; a formação dos profissionais de saúde voltada para a especialização e ainda, a falta de informação atualizada sobre a hanseníase mantendo, entre os profissionais de saúde, o preconceito contra o doente.

A organização da rede de atenção à hanseníase – modificando a lógica da atenção verticalizada para a integrada na APS – é fundamental para sustentar as ações de controle e promover o diagnóstico precoce, tratamento oportuno, a prevenção das incapacidades físicas e a redução das consequências negativas da doença, incluindo o estigma (SMITH, 2010).

Torna-se assim necessária a realização de ações integradas para superar os obstáculos que impedem a integração das ACH na APS e a realização do diagnóstico precoce e tratamento oportuno (ALENCAR *et al.*, 2012), como a priorização do agravo na política de saúde, a presença de profissionais capacitados e comprometidos no desenvolvimento das ACH, a disponibilização de instrumentos para a realização do exame dermatoneurológico (estesiômetros) e a disponibilização de recursos para a divulgação dos sinais e sintomas da hanseníase para a população (LANZA; LANA, 2011c). No entanto, a sustentabilidade das ACH é um grande desafio em qualquer cenário, principalmente em relação à capacidade dos serviços de APS em lidar com todas as demandas de saúde.

4.2.3 Resultados e discussão da avaliação dos atributos da APS na atenção à hanseníase no município de Governador Valadares, Minas Gerais

4.2.3.1 Resultados

A coleta de dados em Governador Valadares contemplou 100% da APS do município, que é composta por 35 unidades da ESF e quatro EACS (responsável pela cobertura da zona rural). A amostra foi constituída por cinco gestores (100% da população elegível); 27 médicos (79,4%); 44 enfermeiros (100%) e 182 ACS (69,5%). As perdas de participantes da pesquisa estão descritas na Tabela 6 (página 72). Destacamos que 52 ACS não eram elegíveis para participarem da pesquisa devido ao tempo de atuação na microárea inferior a um ano.

As características da amostra do município mostram que 75% dos ACS; 60% dos médicos e enfermeiros e 100% dos gestores possuíam treinamentos em ACH. Em média, todos os participantes do estudo possuem mais de dois anos de atuação na APS (Tabelas 10, 14 e 20 – páginas: 109, 116, 130).

Em relação aos usuários, foram diagnosticados 372 casos de hanseníase em maiores de 18 anos no período de 2009 a fevereiro de 2012. Destes, 92,7% (n= 345) foram diagnosticados na unidade de referência da atenção secundária, três casos em consultório particular e 24 casos em unidades da APS (das 39 unidades de APS do município, apenas 11 realizaram o diagnóstico de caso de hanseníase nesse período). Esses dados sugerem que a atenção à hanseníase no município é centralizada na policlínica municipal e dos 24 casos elegíveis para o estudo, somente sete foram localizados. Os gestores informaram que apesar da atenção à hanseníase estar descentralizada desde 2002, as equipes apenas realizam a suspeita diagnóstica e somente cinco equipes da ESF realizam o acompanhamento do caso de hanseníase (notas do diário de campo).

A Tabela 29 apresenta a descrição dos escores geral, essencial, derivado e dos atributos da APS na atenção à hanseníase segundo a experiência dos gestores.

A média do escore geral de orientação da APS na atenção à hanseníase segundo a experiência dos gestores foi de 7,0, o que indica alta orientação dos serviços do município. No entanto, destacamos que o escore essencial ficou no limite do ponto de corte, média que foi influenciada pelos escores dos atributos porta de entrada (5,7); acesso (4,6); atendimento continuado (5,8) e integralidade dos serviços prestados (6,3).

Tabela 29 - Descrição dos Escores Geral, Essencial, Derivado e por Atributos de orientação da APS para a realização das ações de controle da hanseníase segundo a experiência dos gestores*. Governador Valadares, 2012.

Escores	Mínimo/ Máximo	Mediana	Média/DP	% alto escore (n)
Porta de entrada	4,2 ----- 7,5	5,8	5,7 (±1,2)	20 (1)
Acesso	2,9 ----- 5,7	4,8	4,6 (±1,2)	0
Atendimento Continuado	4,4 ----- 7,8	5,5	5,8 (±1,2)	20 (1)
Integralidade – serviços disponíveis	8,6 ----- 10	9,0	9,1 (±0,6)	100 (5)
Integralidade – serviços prestados	3,3 ----- 10	5,0	6,3 (±2,7)	40 (2)
Coordenação	7,7 ----- 9,2	8,6	8,6 (±0,6)	100 (5)
Orientação familiar	6,6 ----- 10	8,9	8,9 (±1,4)	100 (5)
Orientação comunitária	6,4 ----- 10	7,9	7,9 (±1,4)	80 (4)
Orientação profissional	5 ----- 10	5,0	6,4 (±2,2)	40 (2)
<i>Escore essencial</i>	5,9 ----- 7,7	6,2	6,6 (±0,9)	40 (2)
<i>Escore derivado</i>	6,2 ----- 10	7,4	7,7 (±1,4)	80 (4)
<i>Escore geral</i>	6 ----- 8,5	6,6	7 (±1,0)	60 (3)

*n=5.

No atributo porta de entrada, os gestores avaliam que a unidade de saúde da APS é o primeiro serviço de saúde que os usuários procuram quando apresentam sinais e sintomas da hanseníase (item C1; média = 7,3), mas não é o local de escolha para recebimento de ações preventivas (exame de contatos e orientações para prevenção de incapacidades) (item C2; média = 4,7) e curativas, no caso de complicações relacionadas à hanseníase (item C3; média = 4,7). Para a utilização do serviço de atenção secundária não é obrigatório o encaminhamento do paciente pela APS (item C4; média = 6,0). Como a atenção à hanseníase no município é historicamente realizada no CREDEN-PES, o indivíduo que reconhece a presença de manchas ou áreas da pele com perda de sensibilidade pode procurar atendimento diretamente no serviço especializado e aqueles que tiveram o diagnóstico realizado na referência, esse serviço é o local de realização do exame de contatos e orientações para prevenção de incapacidades (notas do diário de campo).

Já o acesso do paciente à unidade de saúde possui fragilidades, as mesmas identificadas nos municípios de Almenara e Teófilo Otoni. O instrumento captou os seguintes problemas de estrutura dos serviços de Governador Valadares: horário de funcionamento das unidades de APS (item D1; média = 0); disponibilidade de telefone na unidade de saúde (item D2; média = 5,3); dificuldade de deslocamento do usuário até a unidade e a necessidade de utilização de transporte motorizado (itens D3 e D4; média = 2,7). Também destacaram a baixa

orientação do atendimento continuado uma vez que os pacientes lidam constantemente com a rotatividade dos membros da equipe de saúde (item E1; média = 4), especialmente os médicos (item E2; média = 5,3). O atendimento continuado também é fragilizado devido à permanência do paciente no serviço de atenção secundária (notas do diário de campo).

Devido à grande rotatividade dos profissionais da APS, a única ação de controle da hanseníase que estava sendo realizada era a suspeita diagnóstica (notas do diário de campo). Os gestores julgaram que os profissionais não estão preparados para realizar o diagnóstico de hanseníase (item F19, média = 4) e o acompanhamento após a alta por cura (item F23, média = 6), contudo, avaliaram que os treinamentos são regulares (item J6; média = 7,3) e que os enfermeiros são os únicos profissionais da equipe de APS que estão qualificados a realizar a atenção a hanseníase (item J3; média 6,7). Em 2012, o município investiu na qualificação dos médicos e enfermeiros da ESF para realizarem o acompanhamento do caso na atenção primária de acordo com o protocolo municipal (notas do diário de campo).

A coordenação do cuidado possui forte orientação para a APS e destaca-se a existência do protocolo de atendimento da hanseníase na APS (item G1; média = 7,3); a elaboração do Plano Anual de Trabalho da Hanseníase (item G4; média = 10), a presença de uma equipe de supervisão municipal de hanseníase que oferece suporte técnico às equipes de APS (item G9; média = 10) e a rede de especialistas⁴⁸ disponíveis para a qualificação do atendimento ao paciente de hanseníase. Segundo os gestores, somente um médico do serviço de referência da hanseníase realiza a contrarreferência do paciente acompanhado com o relatório do atendimento e das condutas a serem realizadas pelos profissionais da APS (notas do diário de campo).

O contexto familiar do paciente é levado em consideração na realização da atenção à doença (escore orientação familiar = 8,9) e, para fortalecer a orientação comunitária, é preciso promover a mobilização de lideranças comunitárias para atuarem no controle da hanseníase (item I6; média = 5,3) e maiores investimentos de recursos próprios para realizar o controle da endemia (item I11, média = 6).

A Tabela 30 apresenta o desempenho da APS na atenção à hanseníase segundo a experiência dos profissionais. Verificamos que os médicos e enfermeiros avaliaram positivamente a orientação da APS para a realização das ações de prevenção e controle da hanseníase e identificaram fragilidades nos atributos acesso (5,8) e orientação comunitária (6).

⁴⁸ Especialistas disponíveis em Governador Valadares: confecção de calçados e palmilhas, psicologia, fisioterapia, terapia ocupacional, serviço social, neurologia, oftalmologia, ortopedia e ambulatório da atenção secundária.

Sobre o acesso e o uso da APS pelo usuário a cada nova necessidade relacionada à hanseníase, todos os profissionais, independente de terem ou não atendido caso de hanseníase na APS, avaliaram a porta de entrada com forte orientação, contudo, reafirmam que o usuário possui livre acesso ao CREDEN-PES (unidade de atenção secundária) (item C4; média todos os profissionais = 5,1).

Em contrapartida, aspectos do atributo acesso como o horário de funcionamento da unidade, presença de telefone para solicitação de informações e a necessidade de ausentar do trabalho ou compromisso para o atendimento médico ou de enfermagem apresentaram escores médios abaixo de 6,6, dados que sugerem dificuldades relacionadas à estrutura da APS de Governador Valadares, que podem até mesmo impactar no acesso aos demais serviços disponíveis na APS.

Sobre as ações de controle da hanseníase prestadas nas unidades de APS, todos os profissionais, independente de terem experiência ou não no manejo de caso, foram enfáticos na baixa orientação da APS para a realização do diagnóstico de hanseníase (item F19; média geral = 5,4) e destacaram como ponto positivo a colaboração da equipe de supervisão municipal no desenvolvimento das ACH (item G7; média geral = 8). Os profissionais sem experiência no atendimento de hanseníase na APS ainda apontaram que não estão preparados para realizar o acompanhamento do tratamento das reações hansênicas (F22; média = 6,3).

Os médicos e enfermeiros, ao serem questionados sobre a conduta no atendimento de um caso de hanseníase na APS, tiveram respostas semelhantes à dos profissionais de Teófilo Otoni. Devido à dependência do serviço de atenção secundária para o manejo do caso de hanseníase, tanto os médicos quanto os enfermeiros relataram a realização das seguintes ações: teste de sensibilidade da pele com estesiômetro, na suspeita de caso de hanseníase; solicitação de baciloscopia para o diagnóstico; consulta mensal para administração da dose supervisionada e orientações sobre os efeitos adversos da PQT e encaminhamento para a referência em caso de reações hansênicas.

Em geral, os profissionais avaliaram a necessidade de treinamentos regulares (item J3; média = 6,3) e a experiência de ter atendido caso de hanseníase faz com que o profissional se sinta qualificado em realizar esse tipo de atendimento na APS (item J2; média = 6,9) em comparação àqueles que não atenderam (item J2; média = 5,8). Por esse motivo, o escore de orientação profissional, segundo os médicos e enfermeiros que não atenderam caso de hanseníase, possui baixa orientação para a APS.

Tabela 30 - Descrição dos Escores Geral, Essencial, Derivado e por Atributos de orientação da APS para a realização das ações de controle da hanseníase segundo a experiência dos profissionais médicos e enfermeiros, estratificados pela presença e ausência do manejo de caso na unidade de APS. Governador Valadares, 2012.

Escore	Amostra total n=71		Profissionais que atenderam caso de hanseníase na unidade de APS n=34				Profissionais que NÃO atenderam caso de hanseníase n=37				Valor p*
	Média/ Mediana	% alto escore (n)	Mínimo/ Máximo	Mediana	Média/DP	% alto escore (n)	Mínimo/ Máximo	Mediana	Média/DP	% alto escore (n)	
Porta de entrada	7,1 / 7,5	69 (49)	2,5 ----- 10	7,5	7,4 (±1,7)	73,5 (25)	2,5 ----- 10	7,5	6,8 (±2,3)	64,9 (24)	0,317
Acesso	5,8 / 6,1	43,7 (31)	0,8 ----- 8,1	6,3	6,1 (±1,5)	44,1 (15)	2,2 ----- 8,3	5,5	5,6 (±1,5)	43,2 (16)	0,134
Atendimento Continuado	**	**	4,5 ----- 10	8,9	8,6 (±1,2)	97,1 (33)	---	---	---	---	---
Integralidade: Serviços disponíveis	9,4 / 9,6	98,6 (70)	6,3 ----- 10	9,6	9,4 (±0,9)	97,1 (33)	7,6 ----- 10	9,6	9,5 (±0,5)	100	0,878
Integralidade: Serviços prestados	7,8 / 8,3	77,5 (55)	1,7 ----- 10	8,6	8,2 (±2,1)	85,3 (29)	1,1 ----- 10	7,8	7,4 (±2,5)	70,3 (26)	0,121
Coordenação	7,3 / 8,2	66,2 (47)	2,8 ----- 10	7,8	7,1 (±2,3)	61,8 (21)	0 ----- 10	10	7,4 (±3,5)	70,3 (26)	0,027
Orientação familiar	**	**	1,1 ----- 10	10	9 (±1,8)	97,1 (33)	---	---	---	---	---
Orientação comunitária	6 / 6	46,5 (33)	0 ----- 10	7,3	6,9 (±2,6)	58,8 (20)	0 ----- 10	5,3	5,1 (±3,1)	35,1 (13)	0,011
Orientação profissional	6,6 / 6,7	64,8 (46)	0 ----- 10	7,2	6,6 (±2,8)	67,6 (23)	0 ----- 10	6,7	6,5 (±2,8)	62,2 (23)	0,848
Escore essencial	7,6 / 7,8	77,5 (55)	4,4 ----- 9,2	8,0	7,8 (±1,1)	85,3 (29)	5 ----- 9,1	7,6	7,4 (±1,2)	70,3 (26)	0,074
Escore derivado	6,6 / 6,9	56,3 (40)	1,3 ----- 10	7,6	7,5 (±1,9)	73,5 (25)	0,7 ----- 10	5,9	5,8 (±2,5)	40,5 (15)	0,004
Escore geral	7,3 / 7,5	70,4 (50)	4,6 ----- 9,5	8,0	7,7 (±1,2)	82,4 (28)	4 ----- 9,1	7,1	6,9 (±1,3)	59,5 (22)	0,011

*Teste de Mann-Whitney para comparação das medianas entre os grupos.

**Não foram calculados os escores dos atributos atendimento continuado e orientação familiar devido 50% *missings*.

Em relação aos outros atributos derivados, que qualificam a atenção à hanseníase nas unidades da APS, destaca-se a baixa orientação comunitária, sendo que o grupo dos profissionais que possuem experiência com a hanseníase avaliou um pouco melhor do que o outro grupo, diferença estatisticamente significativa (p valor = 0,011), mas ainda com o escore abaixo de 6,6. Os seguintes itens que compõem esse atributo apresentam baixa orientação:

- a. Conhecimento da situação epidemiológica da hanseníase na área de abrangência da unidade de saúde (item I1; média = 6,2);
- b. Realização da análise dos dados epidemiológicos da hanseníase para programação das ACH a serem desenvolvidas na unidade (item I3; média = 4,9);
- c. Realização de busca de sintomáticos dermatológicos (item I5; média = 4,3);
- d. Realização da divulgação da hanseníase nas escolas e igrejas (item I4 avaliado com baixa orientação somente pelos profissionais que não atenderam caso de hanseníase).

Ao comparar os profissionais que já realizaram manejo do caso de hanseníase na APS com aqueles que ainda não atenderam, verifica-se que os primeiros avaliam os serviços de APS de Governador Valadares com melhor orientação geral (p valor = 0,004) e derivada (p valor = 0,011) para a realização das ACH.

O detalhamento das fragilidades da atuação da APS na realização das ACH apontadas pelos profissionais estão descritas no Quadro 24.

Quadro 24– Síntese do diário de campo de Governador Valadares. Informante-chave:
Profissionais

(continua)

Principais elementos do diário de campo - Profissionais
<p>Porta de entrada:</p> <ul style="list-style-type: none"> • O serviço de atenção secundária à hanseníase possui porta aberta aos usuários. Como o CREDEN-PES atende paciente sem encaminhamento e não há contrarreferência para a APS, muitas vezes os profissionais não sabem quem são os pacientes de hanseníase residentes no território da ESF. • O exame de contatos também é realizado no serviço de atenção secundária.
<p>Atendimento continuado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Os pacientes possuem vínculo com os profissionais da referência da hanseníase já que o atendimento é realizado exclusivamente no CREDEN-PES. • Alguns enfermeiros e médicos relataram ter conhecimento da existência de pacientes de hanseníase em suas unidades, mas essa informação foi dada pelos ACS ou até mesmo pelo próprio paciente. Afirmaram que não há contrarreferência do CREDEN-PES dos casos encaminhados pela APS para a confirmação diagnóstica. • Os pacientes de hanseníase possuem vínculo somente com o ACS.

Quadro 24– Síntese do diário de campo de Governador Valadares. Informante-chave:
Profissionais

(conclusão)

Principais elementos do diário de campo - Profissionais
<p>Integralidade dos serviços prestados:</p> <ul style="list-style-type: none"> Os médicos e enfermeiros afirmaram que estão aptos a realizarem a suspeita de caso de hanseníase e de reações hansênicas. No entanto, encaminham esses casos para a referência municipal. Os enfermeiros relataram que estão mais aptos a realizarem o acompanhamento do caso de hanseníase na APS após o treinamento recém-realizado.
<p>Coordenação:</p> <ul style="list-style-type: none"> Como o paciente é atendido no CREDEN-PES, o prontuário da APS sequer possui a cópia da ficha de notificação da hanseníase. O município possui fluxograma de atendimento dos casos de hanseníase, a portaria 3.125 é desconhecida pela maioria dos profissionais, no entanto muitos relataram que consultam com frequência a Linha Guia Saúde do Adulto – Hanseníase (Estado de Minas Gerais). Não há formulário específico de referência e contrarreferência. Geralmente é utilizado o receituário.
<p>Orientação familiar:</p> <ul style="list-style-type: none"> Os profissionais relataram que os pacientes de hanseníase e seus familiares são orientados pelos ACS a procurarem a unidade sempre que houver alguma alteração no estado de saúde.
<p>Orientação comunitária:</p> <ul style="list-style-type: none"> Muitos profissionais consideram a importância da hanseníase por ser endêmica no município. Em contrapartida, houve relatos que no território da ESF a hanseníase não é importante pelo fato de terem poucos casos em suas unidades, bem como outras prioridades em saúde. Houve relatos de que algumas unidades não realizam trabalhos educativos com a população. Muitos profissionais relataram que atualmente o Programa Saúde na Escola aborda o tema hanseníase com os escolares e, na unidade de saúde, divulgam a hanseníase no grupo de hipertensos e diabéticos.
<p>Orientação profissional:</p> <ul style="list-style-type: none"> A maioria dos profissionais considera qualificada para realizarem o atendimento do paciente de hanseníase na APS após a participação no treinamento. No entanto, os médicos ainda afirmam que não estão seguros para fechar o diagnóstico na APS.

A Tabela 31 apresenta os resultados da avaliação dos ACS sobre o desempenho da APS de Governador Valadares na atenção à hanseníase. Os ACS avaliaram que a APS do município possui alta orientação para a realização das ACH, porém com fragilidades nos atributos acesso (média=6,5) e orientação profissional (média=5,1), resultado concordante com as avaliações dos gestores, médicos e enfermeiros.

Tabela 31 - Descrição dos Escores Geral, Essencial, Derivado e por Atributos de orientação da APS para a realização das ações de controle da hanseníase segundo a experiência dos agentes comunitários de saúde, estratificados pela presença e ausência de caso de hanseníase na microárea de atuação. Governador Valadares, 2012.

Escore	Amostra total n=182		ACS que possuem caso de hanseníase na microárea n=89				ACS que não possuem caso de hanseníase n=93				Valor P*
	Média/ Mediana	% alto escore (n)	Mínimo/ Máximo	Mediana	Média/DP	% alto escore (n)	Mínimo/ Máximo	Mediana	Média/DP	% alto escore (n)	
Porta de entrada	7,5 / 7,5	75,3 (137)	2,5 ---- 10	7,5	7,7 (±2)	77,5 (69)	1,7 ---- 10	7,5	7,5 (±2,3)	73,1 (68)	0,591
Acesso	6,5 / 6,7	57,1 (104)	0 ---- 9,2	7,0	6,5 (±1,9)	59,6 (53)	2 ---- 10	6,6	6,4 (±1,8)	54,8 (51)	0,743
Atendimento Continuado	---	---	0,8 ---- 10	9,6	8,9 (±1,4)	95,5 (85)	---	---	---	---	---
Integralidade: Serviços disponíveis	9 / 9,3	97,8 (178)	5,1 ---- 10	9,3	9,2 (±1,0)	98,9 (88)	2 ---- 10	9,1	8,8 (±1,2)	96,8 (90)	0,009
Integralidade: Serviços prestados	7,3 / 7,8	70,3 (128)	0 ---- 10	8,3	7,7 (±2,3)	78,7 (70)	0 ---- 10	7,2	6,8 (±2,5)	62,4 (58)	0,01
Orientação familiar	---	---	2,2 ---- 10	8,9	8,5 (±1,7)	88,8 (79)	---	---	---	---	---
Orientação comunitária	7,5 / 8,3	73,1 (133)	0 ---- 10	8,3	7,9 (±2,3)	79,8 (71)	0 ---- 10	7,5	7,1 (±2,7)	66,7 (62)	0,044
Orientação profissional	5,1 / 5,5	41,8 (76)	0 ---- 10	5,5	5,2 (±3,1)	43,8 (39)	0 ---- 10	5,5	5 (±3,3)	39,8 (37)	0,619
Escore essencial	7,7 / 7,8	81,9 (149)	5,1 ---- 9,7	8,2	8 (±1,0)	91 (81)	4,5 ---- 9,5	7,5	7,4 (±1,3)	73,1 (68)	0,001
Escore derivado	6,6 / 6,9	57,1 (104)	2,6 ---- 10	7,2	7,2 (±1,8)	66,3 (59)	0 ---- 10	6,5	6 (±2,7)	48,4 (45)	0,005
Escore geral	7,3 / 7,3	70,3 (128)	4,7 ---- 9,8	7,8	7,7 (±1,2)	80,9 (72)	3,5 ---- 9,7	7,1	6,9 (±1,6)	60,2 (56)	0,001

Especificamente, os ACS corroboram que:

- a. O usuário possui acesso ao serviço de atenção secundária sem a necessidade de encaminhamento da APS (item C4; média = 6,1);
- b. Há restrições na disponibilidade de um número de telefone para os usuários solicitarem informações durante o horário de funcionamento da ESF (item D1; média = 3,3);
- c. As escolas e igrejas são locais pouco reconhecidos pelas equipes da APS para a realização da divulgação da hanseníase (item I2; média = 5,9);
- d. Há uma baixa qualificação dos ACS para a realização das ACH (item J1; média=6,3) associado a pouca utilização das cartilhas do MS para instrumentalizar a realização das visitas domiciliares sobre a hanseníase (item J3; média =4,1) e a poucos treinamentos (item J2; média =5).

Verificamos diferenças estatisticamente significantes entre os ACS que possuem ou não experiência com o caso de hanseníase na microárea nos atributos e escores que foram avaliados com alta orientação para a realização das ACH na APS (integralidade dos serviços disponíveis e prestados; orientação comunitária; escore geral, essencial e derivado); sendo que o profissional que possui o caso de hanseníase na microárea apresenta melhores escores.

O Quadro 25 apresenta a síntese dos relatos dos ACS sobre o desempenho da APS na realização das ações de prevenção e controle da hanseníase.

Quadro 25 – Síntese do diário de campo de Governador Valadares. Informante-chave: ACS
(continua)

Principais elementos do diário de campo - ACS
<p>Porta de entrada:</p> <ul style="list-style-type: none"> • O CREDEN-PES atende os usuários de hanseníase sem obrigatoriedade de encaminhamento da APS e é responsável por todo o atendimento dos pacientes, inclusive dos contatos domiciliares.
<p>Acesso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relataram que é mais fácil o usuário conseguir consulta com o enfermeiro no prazo de 24 horas em relação ao médico e, na maioria das vezes, precisam perder o turno de trabalho para comparecerem à unidade.
<p>Atendimento continuado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Foi relatado que o CREDEN-PES não comunica a equipe da APS a notificação de hanseníase. Muitas vezes o paciente não relata ao ACS sobre o seu diagnóstico devido ao medo de sofrer preconceito. • O acompanhamento do paciente de hanseníase é realizado somente por meio da visita domiciliar do ACS, pois não há o envolvimento dos outros profissionais da unidade.

Quadro 25 – Síntese do diário de campo de Governador Valadares. Informante-chave: ACS (conclusão)

Principais elementos do diário de campo - ACS
<p>Integralidade dos serviços prestados:</p> <ul style="list-style-type: none"> Os ACS realizam as orientações básicas sobre os cuidados com a hanseníase e muitos relataram que é necessária a realização de mais treinamentos.
<p>Orientação Comunitária:</p> <ul style="list-style-type: none"> Houve relato de a hanseníase ser tema frequente da sala de espera e nos grupos de hipertensos e diabéticos. Também foi trabalhado o tema em algumas escolas que participam do Programa Saúde na Escola. Informaram que falta material educativo para informarem a população sobre os sinais e sintomas da hanseníase durante as visitas domiciliares. Realizam a busca ativa de suspeitos dermatológicos por meio da avaliação da sensibilidade da pele com a ponta da caneta. Alguns relataram que encaminham os pacientes direto para o CREDEN-PES e outros para a ESF.
<p>Orientação profissional:</p> <ul style="list-style-type: none"> Alguns ACS relataram que gostariam ter mais treinamentos para qualificar a atuação nas ACH. Houve ACS que relatou não ter tido treinamento, mas aprendeu o que é hanseníase pelas propagandas na TV e através das falas de outras pessoas.

A Tabela 32 apresenta os resultados da avaliação dos usuários sobre o desempenho da APS de Governador Valadares na atenção à hanseníase. Dos sete usuários do município de Governador Valadares, seis apresentaram alta afiliação ao serviço de APS e ao atendimento da hanseníase nas unidades desse nível de atenção. Na avaliação do grau de orientação dos serviços de APS, para realização das ações de prevenção e controle da hanseníase, cinco usuários avaliaram os serviços como fortemente orientados e o escore essencial médio foi de 7,3. No entanto, foram identificadas fragilidades na qualificação dessa atenção por 85,7% dos usuários (n=6), mensurada pelo escore derivado, que apresentou média de 4,6 (escore resultante da baixa orientação familiar e comunitária).

Os usuários, como os demais participantes do estudo, confirmaram que o serviço de referência do município pode ser a porta de entrada do usuário no sistema, já que não é necessário o encaminhamento da unidade da APS (item C4; média = 6,0). Também evidenciaram problemas no acesso à APS relacionados ao horário de funcionamento da unidade (item D1; média = zero), a ausência de telefone (item D2; média = 6) e à necessidade de ausentar do trabalho para o atendimento pelo médico ou enfermeiro (item D5; média = 4,8).

Tabela 32 - Descrição dos Escores Geral, Essencial, Derivado e por Atributos de orientação da APS para a realização das ações de controle da hanseníase segundo a experiência dos usuários*. Governador Valadares, 2012.

Escores	Mínimo/ Máximo	Mediana	Média (DP)	% alto escore (n)
Grau de afiliação APS	3,3 ----- 10	10	9 ($\pm 2,5$)	85,7 (6)
Grau de afiliação hanseníase	3,3 ----- 10	6,7	7,1 ($\pm 2,3$)	85,7 (6)
Porta de entrada	6,7 ----- 10	8,3	8,4 ($\pm 1,5$)	100 (7)
Acesso	3,7 ----- 8,7	5,9	5,9 ($\pm 1,6$)	28,6 (2)
Atendimento Continuado	3,8 ----- 9,2	6,4	6,8 ($\pm 1,9$)	42,9 (3)
Integralidade – serviços disponíveis	8,3 ----- 10	8,7	9,2 ($\pm 0,7$)	100 (7)
Integralidade – serviços prestados	4 ----- 8,3	5,8	6,1 ($\pm 1,6$)	42,9 (3)
Coordenação	2,5 ----- 10	5,0	5,5 ($\pm 3,2$)	40 (2)**
Orientação familiar	2,2 ----- 10	3,3	4,4 ($\pm 2,7$)	14,3 (1)
Orientação comunitária	2,5 ----- 7,5	5	4,9 ($\pm 2,2$)	28,6 (2)
<i>Escore essencial</i>	6 ----- 8,9	7,4	7,3 ($\pm 1,0$)	71,4 (5)
<i>Escore derivado</i>	2,4 ----- 8,7	4,2	4,6 ($\pm 2,3$)	14,3 (1)
<i>Escore geral</i>	5,4 ----- 8,2	6,2	6,6 ($\pm 1,2$)	42,9 (3)

*n=7

**n=5

Sobre o acesso específico do atendimento da hanseníase, os usuários destacaram que geralmente esperaram mais de 30 minutos para receberem a dose supervisionada (item D8; média = 2,8) e tiveram dificuldades em conseguir atendimento na unidade de APS, no prazo de 24 horas, quando apresentaram complicações relacionadas à doença (item D9; média = 5,7). Por isso, quando apresentavam algum problema relacionado à hanseníase procuravam diretamente o serviço de atenção secundária (notas do diário de campo).

Os usuários reconhecem e utilizam a unidade de APS como fonte regular de atenção à saúde (escore atendimento continuado = 6,8), porém segundo as experiências vivenciadas no atendimento à hanseníase, evidenciaram fragilidades no estabelecimento do vínculo com os profissionais médicos e enfermeiros (itens E5 a E9 apresentaram escores abaixo de 6,6) e na realização dos procedimentos esperados para serem realizados no diagnóstico, acompanhamento do caso, tratamento das reações hansênicas, alta e outros (escore integralidade dos serviços prestados = 6,1). Os usuários relataram que o acompanhamento do tratamento é realizado de forma compartilhada com a equipe de referência (notas do diário de campo).

As atividades do atendimento de hanseníase que necessitam de adequações são:

- a. Orientações sobre a hanseníase e modo de transmissão (item F18; média = 4,3);
- b. Palpação de nervos periféricos (item F22; média = 4,3);
- c. Teste de sensibilidade dos olhos (item F24; média = 5,7);
- d. Avaliação da força motora (item F25; média = 5,7);
- e. Avaliação da acuidade visual (item F26; média = 2,8);
- f. Orientações sobre os cuidados com os olhos, mãos e pés para prevenção de incapacidades (item F33; média = 5,2);
- g. Avaliação do grau de incapacidade física de 3 em 3 meses (item F35; média = 4,3);
- h. Na alta do paciente, determinação do grau de incapacidade física (item F37; média = 2,0) e orientações sobre os cuidados após a alta por cura (item F38; média = 4,0).

Dos cinco usuários que foram encaminhados para serviços especializados, todos receberam comprovante de marcação da consulta, porém há uma fragilidade no preenchimento do relatório de referência (item G2; média = 6,0); do relatório da contrarreferência (item G3; média = 6,0) e na discussão com o paciente, pelo médico/enfermeiro da APS, sobre os resultados da consulta realizada com o especialista (item G4; média = 2,0). Os serviços utilizados pelos pacientes foram: 100% foram encaminhados para o ambulatório de referência e somente um caso para psicologia, fisioterapia, serviço social, neurologia, oftalmologia e ortopedia. Nenhum paciente precisou ser encaminhado para o serviço terciário.

A orientação familiar, que foi positivamente avaliada somente por dois usuários, apresentou escore médio de 4,4. Os profissionais somente procuram saber quem são as pessoas que moram com o paciente (item H2; média = 10) e orientam os usuários e os familiares sobre a realização do exame de contatos (item H5; média = 9,5). É importante destacar que ainda é incipiente a orientação dos familiares sobre a doença, o tratamento, as complicações que podem surgir ao longo do tratamento e até mesmo após a alta por cura. No entanto, 100% dos usuários informaram que viram matérias sobre a hanseníase na televisão, rádio e jornais, único item avaliado com alta orientação comunitária. Segundo a experiência dos usuários, ressalta-se que é preciso investir em atividades educativas sobre a hanseníase na comunidade, seja por meio de palestras ou entrega de panfletos (item I2; média = 1,4); parcerias com escolas e igrejas (item I3; média = 3,8) e atividades de busca ativa (item I4; média = 1,4).

A Figura 19 apresenta a síntese da média dos escores essencial, derivado e geral segundo os informantes-chave da pesquisa no município de Governador Valadares.

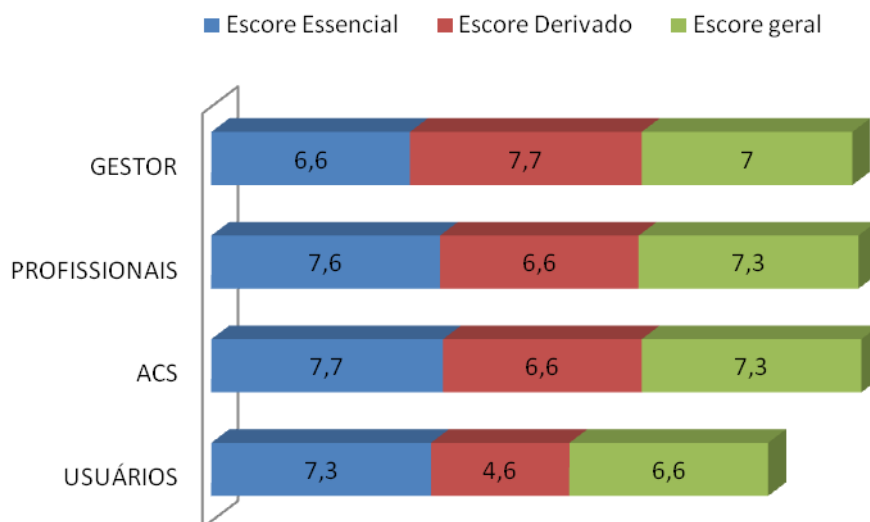
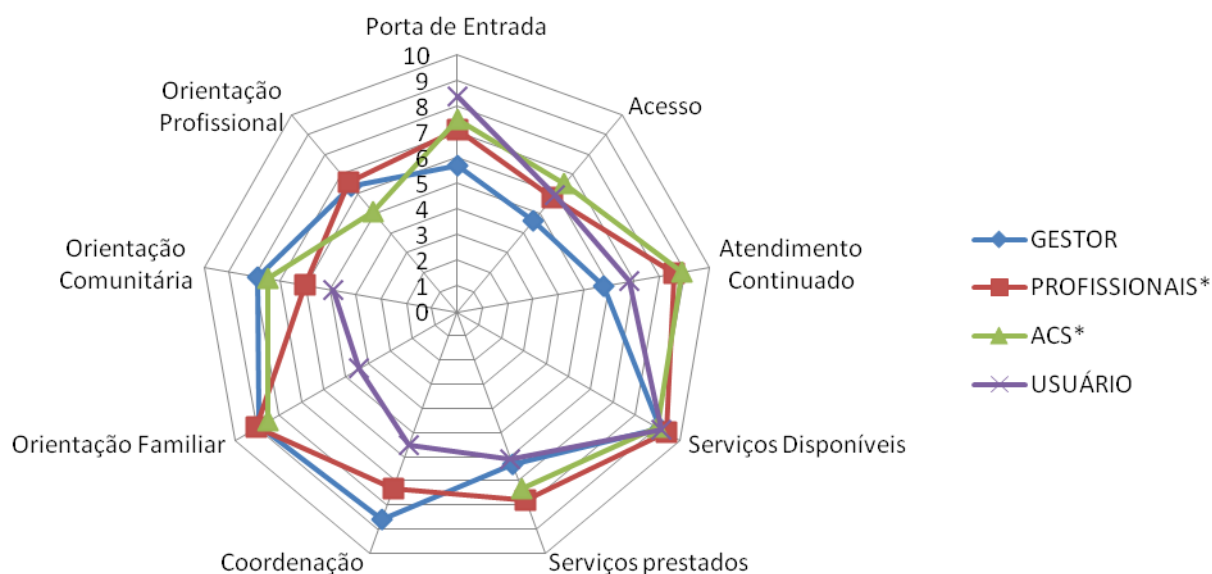


Figura 19 - Descrição da avaliação dos escores essencial, derivado e geral na atenção à hanseníase em Governador Valadares, 2012.

Ao avaliar a Figura 19, podemos concluir que a APS em Governador Valadares é altamente orientada para a realização das ACH já que os escores gerais estão acima do ponto de corte (6,6). Somente os usuários avaliaram negativamente o escore derivado, que qualifica atenção realizada na APS. No entanto, não há diferença estatisticamente significativa entre os grupos na avaliação dos escores geral (teste de *Kruskal-Wallis* = 2,3; $p=0,503$), essencial (teste de *Kruskal-Wallis* = 5,3; $p=0,153$) e derivado (teste de *Kruskal-Wallis* = 5,8; $p=0,121$) do desempenho da APS na atenção à hanseníase.

A Figura 20 apresenta a síntese dos resultados dos escores de cada atributo do “Instrumento de avaliação do desempenho da atenção primária nas ações de controle da hanseníase” segundo cada informante-chave.



*Nota: Foram utilizados na comparação os escores dos atributos atendimento continuado e orientação familiar avaliados pelos profissionais e ACS que possuem experiência no atendimento de caso de hanseníase na unidade de saúde/microárea.

Figura 20 – Comparação da avaliação dos escores médios dos atributos da APS do município de Governador Valadares na atenção à hanseníase segundo a experiência dos gestores, profissionais, ACS e usuários no ano de 2012.

De acordo com a Figura 20, observamos as seguintes convergências e divergências na avaliação dos informantes-chave a respeito dos escores de cada atributo da APS:

- Porta de entrada: os gestores avaliaram com baixa orientação à APS e os usuários avaliaram com forte orientação, bem como os profissionais e ACS;
- Acesso: é mais bem avaliado pelos ACS, porém todos os informantes-chave possuem escores menores do que 6,6. Os médicos e enfermeiros avaliam de forma semelhante aos usuários, e os gestores possuem a pior avaliação do grau de orientação desse atributo para a realização das ACH na APS;
- Atendimento continuado: os profissionais da equipe de APS (médicos, enfermeiros e ACS) avaliaram o atendimento continuado com maior orientação à

- APS do que os usuários e gestores, sendo que o último atribuiu escore menor que 6,6;
- d. Integralidade dos serviços disponíveis: todos os participantes da pesquisa avaliam a disponibilidade dos serviços nas unidades de APS de forma semelhante;
 - e. Integralidade dos serviços prestados: os gestores e os usuários atribuem baixa orientação desse atributo. Em contrapartida, os profissionais da unidade de APS (médicos, enfermeiros e ACS) avaliam com forte orientação;
 - f. Coordenação: há uma melhor orientação desse atributo segundo a experiência dos gestores. Segundo os usuários que foram encaminhados a um serviço especializado (n=5), esse atributo possui baixa orientação;
 - g. Orientação familiar: gestores, médicos, enfermeiros e ACS avaliam esse atributo de forma semelhante, com alta orientação para a APS. Em contrapartida, o escore atribuído pelos usuários retrata uma baixa orientação;
 - h. Orientação comunitária: gestores e ACS avaliam com forte orientação e os profissionais e usuários com baixa orientação, sendo o menor escore atribuído pelos pacientes de hanseníase;
 - i. Orientação profissional: segundo a experiência dos participantes dessa pesquisa, os ACS tiveram a menor avaliação.

Pelo teste de *Kruskal-Wallis*, verifica-se que a mediana dos escores são significativamente diferentes entre os informantes-chave da pesquisa nos atributos porta de entrada ($p=0,034$); acesso ($p=0,001$); atendimento continuado ($p<0,001$); integralidade dos serviços disponíveis ($p=0,007$); orientação familiar ($p=0,002$); orientação comunitária ($p<0,001$) e orientação profissional ($p=0,004$).

Optamos por realizar duas comparações no teste de *Mann-Whitney*:

- a. Teste 1: profissionais comparado com ACS → há diferença estatisticamente significativa no acesso (p valor: 0,002); integralidade dos serviços disponíveis (p valor $< 0,001$); orientação comunitária (p valor $< 0,001$) e orientação profissional (p valor $< 0,001$).
- b. Teste 2: gestores comparado com os usuários → há diferença estatisticamente significativa no acesso (p valor: 0,014).

4.2.3.2 Discussão

Os serviços de APS do município de Governador Valadares foram avaliados com alta orientação para a realização das ACH por 60% dos gestores; 70,4% dos profissionais médicos e enfermeiros; 70,3% dos ACS e 42,9% dos usuários. Escores limítrofes (6,6) foram atribuídos pelos usuários para o indicador geral de desempenho, pelos gestores para o indicador essencial e pelos médicos, enfermeiros e ACS para o escore derivado. Os usuários identificaram baixa orientação da APS na realização das ACH voltadas para a família e comunidade (escore derivado=4,6).

Apesar dos médicos, enfermeiros e ACS terem avaliado o indicador de desempenho essencial com forte orientação da APS para a realização das ACH, somente 28,2% das unidades da atenção primária (n=11) realizaram diagnóstico de caso de hanseníase no período de janeiro de 2009 a fevereiro de 2012. No entanto, mais de 90% dos casos de hanseníase notificados nesse período foram diagnosticados e acompanhados na atenção secundária.

Dos sete usuários que participaram da pesquisa, seis apresentaram forte afiliação tanto para o serviço de APS quanto para o atendimento à hanseníase. Segundo Starfield (2002), o relacionamento do paciente com uma fonte habitual de atenção implica que aquele local será o de escolha para atenção ao primeiro contato. No entanto, para atingir a atenção ao primeiro contato é preciso ter acessibilidade, um aspecto de estrutura do sistema de saúde que se refere aos aspectos geográficos, organizacionais e econômicos que possibilitam que as pessoas cheguem aos serviços (STARFIELD, 2002; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). O acesso é então “a forma como as pessoas percebem a acessibilidade” (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013, p.160).

Todos os informantes-chave identificaram baixa orientação do atributo acesso, como nos demais cenários do estudo, já que as unidades não funcionam após as 18 horas, a disponibilidade de telefone é restrita; há necessidade de ausentar do trabalho para ser atendido pelo médico/enfermeiro e do uso de transporte motorizado devido às barreiras geográficas. A abstenção do trabalho e as dificuldades de transporte foram elencadas no estudo de Arantes e colaboradores (2010) como fatores que contribuíram para a demora na busca de atendimento nas unidades de saúde. Ribeiro (2012) encontrou associação positiva entre a dificuldade de deslocamento dos usuários até o serviço de saúde e a realização do diagnóstico tardio.

A porta de entrada significa o uso da unidade de APS como primeiro local de atendimento a cada necessidade de saúde (STARFIELD, 2002). Em relação a esse atributo, os gestores identificaram fragilidades sendo que a APS é o principal local de procura para

atendimento somente dos casos que apresentam sinais e sintomas suspeitos da doença. Segundo esses informantes, após os usuários serem encaminhados para o serviço de referência municipal, eles utilizam esse serviço para recebimento de ações preventivas e em caso de complicações relacionadas à doença. Já os médicos, enfermeiros e ACS identificaram fragilidades na porta de entrada somente no item que avalia a obrigatoriedade de encaminhamento para o atendimento do usuário no serviço de referência. Este resultado demonstra que a percepção dos profissionais em relação à porta de entrada tende a ser muito otimista em relação à avaliação dos gestores.

Todos os informantes-chave, inclusive os usuários, afirmaram que o serviço de atenção secundária não exige encaminhamento da APS para a realização do atendimento. No ano de 2012 foram diagnosticados 86 casos novos em Governador Valadares, sendo 41,9% multibacilares e 3,5% com grau 2 de incapacidade física (MINAS GERAIS, 2013). Esses dados epidemiológicos mostram que Governador Valadares apresentou o cenário mais favorável de precocidade do diagnóstico.

Como a atenção à hanseníase no município é historicamente realizada no Centro de Referência em Doenças Endêmicas e Programas Especiais (CREDEN-PES), o indivíduo que reconhece a presença de manchas ou áreas da pele com perda de sensibilidade pode procurar atendimento diretamente no serviço especializado. Para Starfield (2002), quando os usuários procuram diretamente atendimento em unidades da atenção secundária é sinal de que a atenção ao primeiro contato nos serviços de APS não está bem desenvolvida e complementa que:

a integralidade exige que a atenção primária reconheça, adequadamente, a variedade completa de necessidades relacionadas à saúde do paciente e disponibilize os recursos para abordá-las. As decisões sobre se a atenção primária, e não outro nível de atenção, detém a capacidade de prestar serviços específicos variam de lugar para lugar e de época para época, dependendo da natureza dos problemas de saúde de diferentes populações (STARFIELD, 2002, p.314).

Sendo assim, para a hanseníase, torna-se necessária a pactuação das ações de controle que podem ser realizadas pelos profissionais da APS e aquelas que necessitam de encaminhamento para especialistas.

Um dos desafios da atenção primária é decidir quando encaminhar a um subespecialista. (...) Os subespecialistas e os médicos de atenção primária deveriam decidir conjuntamente quem deve ter a responsabilidade por tratar determinados tipos de problemas e em que estágios um encaminhamento é indicado; algumas vezes a atenção compartilhada é indicada. Estas decisões podem variar de área para área, conforme variam a incidência e a prevalência do problema (STARFIELD, 2002, p.158).

Rao (2010) afirma que é essencial que o sistema de saúde possua um protocolo de atendimento e defina os critérios para encaminhamento aos especialistas para sustentar o desenvolvimento das ACH no primeiro nível de atenção. Os profissionais de Governador Valadares avaliaram que não estão preparados para realizarem o diagnóstico de caso de hanseníase na APS e o acompanhamento do tratamento das reações hansênicas, apesar de terem disponíveis tanto o protocolo municipal para o atendimento do caso de hanseníase na APS, quanto o suporte técnico da equipe de supervisão e da policlínica municipal. Para obter a integralidade do cuidado, a APS pode exercer duas funções: a primeira relacionada ao manejo do caso nesse nível de atenção e a outra função como ordenadora do cuidado, encaminhando os usuários para os demais níveis de atenção de acordo com as suas necessidades (STARFIELD, 2002). Para cada função, segundo Starfield (2002), existe um tipo de encaminhamento:

- a. *Encaminhamento de curta duração*: é aquele que possui o objetivo de realizar um diagnóstico, prescrever o tratamento e obter aconselhamentos sobre o manejo do caso na APS. Nesse caso, o usuário mantém a APS como fonte regular de atenção;
- b. *Encaminhamento de longa duração*: nesse tipo de encaminhamento destinado a problemas em que a APS apresenta baixa resolutividade pode ocorrer um distanciamento ou até mesmo a interrupção do cuidado realizado pelos profissionais da equipe de APS.

Mas, em relação à hanseníase, espera-se que os encaminhamentos sejam de curta duração, somente para os especialistas avaliarem o paciente, definirem o diagnóstico e orientarem o manejo do caso na unidade de APS, realizando assim a gestão compartilhada do cuidado. “A atenção compartilhada é um esforço para aprimorar a coordenação tornando explícitas as responsabilidades dos médicos de atenção primária e de outros especialistas na atenção aos pacientes” (STARFIELD, 2002, p. 382).

No entanto, verificamos que em Governador Valadares a grande maioria dos pacientes possui um encaminhamento de longa duração, permanecendo na unidade de referência durante todo o tratamento, sem o envolvimento dos profissionais da APS no acompanhamento do caso e dos familiares.

Na atenção compartilhada, o trabalho em equipe deve ser estimulado para que as habilidades dos diferentes profissionais de saúde se complementem na produção do cuidado (STARFIELD, 2002). Para alcançar essa finalidade, é preciso ter um bom sistema de

comunicação para favorecer a coordenação do cuidado, seja por prontuários ou sistemas de informações computadorizados (STARFIELD, 2002). A devolução de informações do atendimento prestado na referência deveria ser uma condição *sine qua non* para a continuidade do atendimento na atenção primária (RAO, 2010).

Cinco usuários que realizaram tratamento na APS necessitaram de um encaminhamento de curta duração para o serviço de atenção secundária. Os mesmos atribuíram baixo escore de coordenação (média=5,5) em razão das fragilidades no preenchimento do relatório de referência e contrarreferência.

Devido à ausência de contrarreferência do caso de hanseníase para a APS, os prontuários dos usuários não possuem todos os formulários preconizados pelo PNCH, o que dificulta a atuação do profissional da APS no atendimento do caso de hanseníase. Como já discutido anteriormente, o serviço de referência deveria ter a responsabilidade de informar os profissionais da APS sobre os elementos essenciais do acompanhamento do caso na APS e o que está sendo realizado na atenção secundária (STARFIELD, 2002).

Sem a devida contrarreferência, temos fragilidades também no atendimento continuado, que se refere ao reconhecimento pelos profissionais dos problemas vivenciados pelos usuários (STARFIELD, 2002). Para oferecer uma atenção centrada no usuário, é necessário que haja vínculo entre os usuários e os profissionais. Segundo as experiências dos usuários vivenciadas no atendimento à hanseníase, foram evidenciadas fragilidades no estabelecimento do vínculo com os profissionais médicos e enfermeiros (itens E5 a E9 apresentaram escores abaixo de 6,6) e na realização dos procedimentos esperados para serem realizados no diagnóstico, acompanhamento do caso, tratamento das reações hansênicas, alta e outros (escore integralidade dos serviços prestados = 6,1).

Entretanto, para desempenhar as ações de controle da hanseníase na APS os profissionais necessitam ser qualificados para prestarem os cuidados necessários. Segundo os gestores, os treinamentos da equipe são regulares, mas há muita rotatividade dos médicos. Sendo assim, julgaram que o profissional enfermeiro é o mais qualificado na rede de atenção primária de Governador Valadares para atuar na atenção à hanseníase.

Para Starfield (2002), a qualidade da atenção dispensada ao usuário está diretamente relacionada à capacitação durante a graduação, ao treinamento em serviço e, por último, à experiência profissional com o problema específico.

A competência de lidar com um problema vem não apenas com o treinamento, mas também com a prática; estudos demonstraram que a frequência com a qual um problema é encontrado é um importante determinante da qualidade da atenção. Portanto, não é de surpreender que os subespecialistas tratando pacientes com diagnósticos dentro do escopo de sua especialidade, geralmente, são tidos como

aqueles que fornecem atenção de melhor qualidade para estes problemas do que os especialistas de atenção primária (STARFIELD, 2002; p.157-158).

A parte do *check list* do instrumento destinado aos profissionais médicos e enfermeiros foi uma forma de avaliar a qualidade da atenção ao elencar as técnicas/procedimentos que seriam realizados em cada situação hipotética do manejo do caso de hanseníase. Verificamos que as ações⁴⁹ especificadas pelos médicos e enfermeiros são os requisitos mínimos para a atenção ao caso de hanseníase e que há possibilidade de fechamento do diagnóstico e acompanhamento do caso na APS caso esses profissionais tenham suporte de outros mais experientes no manejo da doença. Assim, os profissionais da APS estariam mais aptos a realizarem a palpação de nervos periféricos, a determinação do grau de incapacidade física e a avaliação da acuidade visual – procedimentos que foram identificados com fragilidades segundo a experiência dos usuários.

A utilização do protocolo municipal no atendimento dos casos de hanseníase também pode instrumentalizar os profissionais para a realização de orientações aos usuários sobre a doença e o modo de transmissão, os cuidados para a prevenção de incapacidades e os cuidados após a alta por cura. A qualidade da atenção só é aprimorada com a realização de atendimentos aos casos de hanseníase. Não é esperado que um médico de família tenha o mesmo desempenho de um médico especialista uma vez que os últimos estão familiarizados com a abordagem da doença (STARFIELD, 2002). A especificação de critérios para o encaminhamento de usuários aos especialistas é uma forma de instrumentalizar os profissionais da APS para realizarem a coordenação da atenção (STARFIELD, 2002).

Por isso que no modelo de atenção à hanseníase integrado na APS é necessário a manutenção de especialistas em unidades de referência e de equipes de supervisão municipal, que promovem suporte técnico aos profissionais da APS na realização das ACH (OMS, 2010a). Essas equipes de supervisão municipal de hanseníase enquadram em uma definição de Starfield (2002) denominada de consultoria de curta duração, que compreende aconselhamento por profissionais mais experientes na confirmação ou na realização do diagnóstico, no esclarecimento da etiologia e na avaliação de rotina que exige habilidades especializadas. A implantação de consultorias – que nesse cenário se traduz nas equipes de

⁴⁹ Os médicos e enfermeiros relataram a realização das seguintes ações: teste de sensibilidade da pele com estesiômetro na suspeita de caso de hanseníase; solicitação de baciloscopia para o diagnóstico; consulta mensal para administração da dose supervisionada e orientações sobre os efeitos adversos da PQT e encaminhamento para a referência em caso de reações hansênicas.

supervisão municipal, além de reduzir a necessidade de encaminhamentos de curta duração aos serviços de atenção secundária, são uma estratégia de educação continuada.

Como a educação médica não necessariamente treina os profissionais para a prática em áreas específicas, a educação continuada deve ter a responsabilidade de garantir que a competência seja mantida para os serviços que deveriam ser oferecidos na atenção primária (STARFIELD, 2002, p. 354).

A orientação profissional foi avaliada com baixos escores pelos gestores, profissionais que não atenderam caso de hanseníase na APS e pelos ACS. Todos os profissionais da equipe de APS avaliaram a necessidade de treinamentos regulares em hanseníase e os resultados mostraram que quando os profissionais da APS (médicos, enfermeiros e ACS) atenderam caso de hanseníase, os escores dos indicadores do desempenho geral, essencial e derivado da APS no controle da doença apresentam melhores resultados. Sendo assim, ter tido experiência com o atendimento de um caso de hanseníase qualifica a atuação dos profissionais para a realização das ACH.

As ações de orientação dos familiares do paciente sobre a doença, transmissão, exame de contatos e os cuidados durante o tratamento e pós-alta – que compõem o atributo orientação familiar - apresentaram, segundo a experiência dos usuários, um baixo desempenho. Uma estratégia para fortalecimento desse atributo seria a combinação de orientação oral, escrita e acompanhamento telefônico, que já foi demonstrada efetividade em outros agravos de saúde (MATA, 2013).

Fragilidades também foram apontadas pelos profissionais e ACS no atributo orientação comunitária, principalmente relacionada à divulgação da hanseníase para a comunidade e a busca de sintomáticos dermatológicos. Para Soutar (2002), a integração da atenção à hanseníase na APS é primordial para incrementar o trabalho de educação em saúde para a comunidade. As atividades educativas realizadas pelos profissionais de saúde devem se tornar rotina em um serviço, principalmente em municípios endêmicos, para disseminar informações apropriadas e sustentar o conhecimento da população sobre a hanseníase (KRISHNAMURTHY, 2004).

Os médicos e enfermeiros também apresentaram baixo desempenho no conhecimento da situação epidemiológica da hanseníase na área de abrangência da unidade de saúde e a análise desses dados para programação das ACH. Andrade (2000) relata que existe uma relação entre o nível de organização do programa de hanseníase de um município e o grau de relevância dos profissionais em relação ao problema. Lanza (2009) apontou que nos

municípios da microrregião de Almenara a sobrecarga de trabalho dos outros programas da APS influencia negativamente o desenvolvimento das ações do programa de hanseníase.

Para evitar o descaso e o esquecimento da hanseníase frente às demais demandas de saúde, é preciso realizar constantemente a sensibilização dos profissionais e da população, além da mudança da lógica de atenção à hanseníase, atualmente dependente do serviço especializado e baseado em ações curativas (ARANTES *et al.*, 2010).

4.2.4 Comparação do desempenho da APS na atenção à hanseníase entre os cenários da pesquisa

4.2.4.1 Resultados

De acordo com as experiências dos informantes-chave, o desempenho da APS na atenção à hanseníase configura-se como:

- a. Alta orientação para o desenvolvimento das ACH na APS: Almenara e Governador Valadares.
- b. Baixa orientação para o desenvolvimento das ACH na APS: Teófilo Otoni.

Neste capítulo discutiremos as diferenças da avaliação de desempenho entre os cenários. Optamos por realizar essa análise somente com o grupo dos profissionais médicos e enfermeiros, uma vez que, quando o município possui a política de integração das ACH na APS bem estabelecida, os médicos e enfermeiros são os maiores protagonistas para o alcance de resultados satisfatórios e os gestores tendem a realizar um julgamento mais positivo do objeto avaliado. Outra justificativa, para realizar essa análise comparativa somente com os profissionais, fundamenta-se que, em Teófilo Otoni, os ACS avaliaram a APS como fortemente orientada para a realização das ACH, resultado que pode ter sido influenciado pelas limitações do estudo.

O primeiro escore a ser comparado entre os três cenários deste estudo será o escore geral. A análise descritiva do escore geral, segundo os profissionais médicos e enfermeiros dos municípios de Almenara, Teófilo Otoni e Governador Valadares, estão apresentados na Tabela 33 e na Figura 21, no qual os dados estão apresentados em forma de *boxplots*, que representam os valores de medianas, 1º e 3º quartis e valores extremos.

Tabela 33: Análise descritiva do escore geral do desempenho da APS na atenção à hanseníase segundo a experiência dos médicos e enfermeiros. Almenara, Teófilo Otoni e Governador Valadares, 2012.

Município	n	Mínimo/Máximo	Média/DP	Mediana	1º quartil	3º quartil
Almenara	14	6,5 / 9,6	7,7 (\pm 1,0)	7,5	6,8	8,5
Teófilo Otoni	39	4 / 8,9	6,5 (\pm 1,2)	6,3	5,7	7,2
Governador Valadares	71	4 / 9,5	7,3 (\pm 1,3)	7,5	6,2	8,3

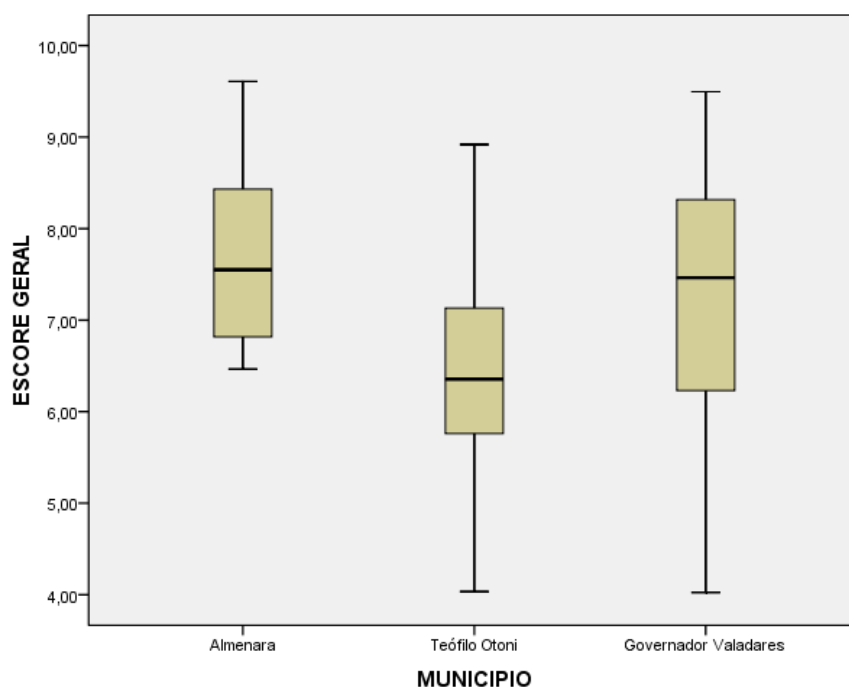


Figura 21 - Escore geral do desempenho da APS na atenção à hanseníase nos municípios do estudo segundo os profissionais médicos e enfermeiros.

Podemos observar na Figura 21 que o município de Almenara é o que possui os dados mais concentrados em torno da mediana e que mais de 75% dos profissionais atribuíram valores acima de 6,6 para o escore geral de orientação da APS para a realização das ACH. Teófilo Otoni apresenta o valor mínimo do escore geral igual ao de Governador Valadares, porém apresenta mais de 50% de avaliações abaixo do ponto de corte (6,6) para a alta orientação para a APS já que o valor da mediana é de 6,3. Governador Valadares

apresenta os dados mais heterogêneos, com maior intervalo interquartil ($8,3 - 6,2 = 2,1$). No entanto, possui valores de primeiro quartil quase semelhantes ao da mediana de Teófilo Otoni e 70,4% dos dados acima de 6,6.

Pelo teste de *Kruskal-Wallis*, verifica-se que há diferença estatisticamente significativa no escore geral entre os municípios do estudo ($H(2)=11,05$, $p=0,004$). Para identificar os municípios que se diferem, realizamos três testes de *Mann-Whitney*, utilizando o valor crítico de 0,016, segundo a correção de Bonferroni (0,05 dividido por 3 = 0,016):

- a. Teste 1: Almenara comparado com Teófilo Otoni → Os médicos e enfermeiros de Almenara (mediana = 7,5) avaliam o escore geral com melhor orientação para a APS em relação aos profissionais de Teófilo Otoni (mediana = 6,3); $p = 0,002$.
- b. Teste 2: Almenara comparado com Governador Valadares → não há diferença estatisticamente significativa entre a mediana do escore geral de Almenara (mediana = 7,5) e de Governador Valadares (mediana = 7,5); $p = 0,441$.
- c. Teste 3: Governador Valadares comparado com Teófilo Otoni → há diferença estatisticamente significativa no escore geral atribuído pelos profissionais de Governador Valadares (mediana = 7,5) e de Teófilo Otoni (mediana = 6,3); sendo que os primeiros avaliam mais positivamente a orientação do serviço para a realização das ACH na APS; $p = 0,004$.

Sendo assim, podemos inferir o seguinte ranking de orientação dos serviços de APS na atenção à hanseníase: 1º) Almenara; 2º) Governador Valadares e 3º) Teófilo Otoni.

Após comparar o escore geral, mostramos a Tabela 34 e Figura 22 que apresentam a análise descritiva do escore essencial, segundo os profissionais médicos e enfermeiros dos municípios de Almenara, Teófilo Otoni e Governador Valadares.

Tabela 34: Análise descritiva do escore essencial do desempenho da APS na atenção à hanseníase segundo a experiência dos médicos e enfermeiros. Almenara, Teófilo Otoni e Governador Valadares, 2012.

Município	n	Mínimo/Máximo	Média/DP	Mediana	1º quartil	3º quartil
Almenara	14	7,1 / 9,4	8,1 ($\pm 0,8$)	8	7,5	8,8
Teófilo Otoni	39	4,3 / 9,2	6,8 ($\pm 1,1$)	6,8	6,1	7,6
Governador Valadares	71	4,4 / 9,2	7,6 ($\pm 1,2$)	7,8	6,9	8,6

A análise da Figura 22 mostra que o município de Almenara possui uma mediana discretamente superior à de Governador Valadares, porém apresenta todas as avaliações acima do ponto de corte (6,6) para a alta orientação da APS para o controle da hanseníase, sendo que 75% dos médicos e enfermeiros atribuíram valores para o escore essencial acima de 7,5. Teófilo Otoni apresenta o valor máximo do escore geral igual ao de Governador Valadares e a maior variabilidade dos dados. O valor da mediana foi de 6,8, sendo assim, quase 50% dos profissionais de Teófilo Otoni avaliaram o escore essencial com baixa orientação, resultado que era o esperado uma vez que a atenção à hanseníase no município é centralizada na policlínica. Governador Valadares apresenta maior amplitude interquartil (8,6 – 6,9 = 1,7), um caso *outlier* (um valor atípico, que nesse caso foi o valor mínimo = 4,4) e 77,5% (n=55) dos médicos e enfermeiros atribuíram valores acima de 6,6 para o escore essencial (valor do 1º quartil = 6,9).

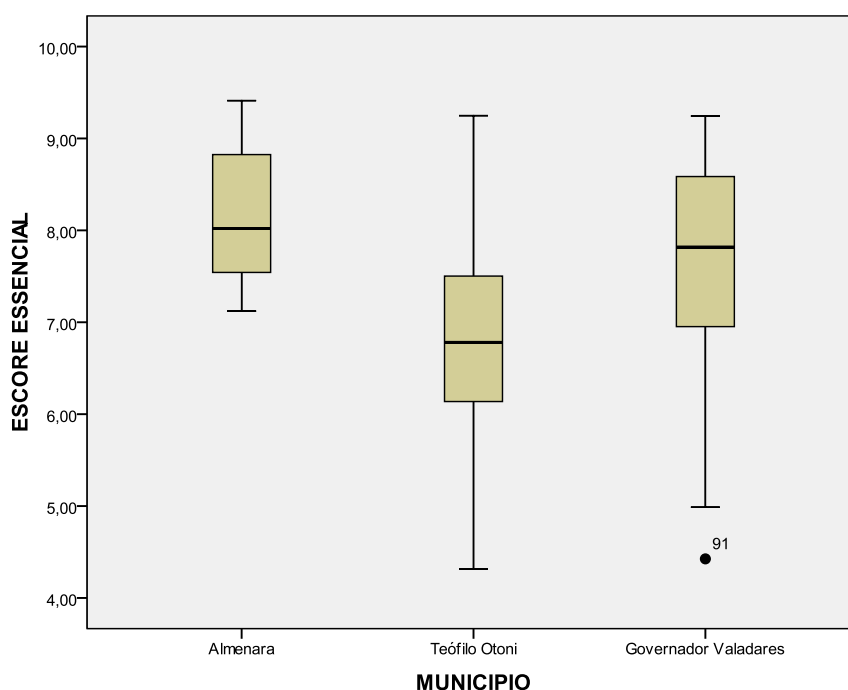


Figura 22 - Escore essencial do desempenho da APS na atenção à hanseníase nos municípios do estudo.

Pelo teste de *Kruskal-Wallis*, verifica-se que há diferença estatisticamente significativa no escore essencial entre os municípios do estudo ($H(2)=9,9$, $p=0,007$). Para identificar os municípios que se diferem, realizamos três testes de *Mann-Whitney*, utilizando o valor crítico de 0,016, segundo a correção de Bonferroni:

- a. Teste 1: Almenara comparado com Teófilo Otoni → Os médicos e enfermeiros de Almenara (mediana = 8,0) avaliam o escore essencial com melhor orientação para a APS em relação aos profissionais de Teófilo Otoni (mediana = 6,8); $p < 0,001$.
- b. Teste 2: Almenara comparado com Governador Valadares → não há diferença estatisticamente significante entre a mediana do escore essencial de Almenara (mediana = 8,0) e de Governador Valadares (mediana = 7,8); $p = 0,135$.
- c. Teste 3: Governador Valadares comparado com Teófilo Otoni → há diferença estatisticamente significante no escore essencial atribuído pelos profissionais de Governador Valadares (mediana = 7,8) e de Teófilo Otoni (mediana = 6,8); sendo que os primeiros avaliam mais positivamente a orientação do serviço para a realização das ACH na APS; $p = 0,001$.

Sendo assim, continuamos no mesmo ranking de orientação dos serviços de APS na atenção à hanseníase: 1º) Almenara; 2º) Governador Valadares e 3º) Teófilo Otoni.

Por último, apresentamos a situação do escore derivado que qualifica a atenção à hanseníase na APS. Os resultados desse indicador exibidos nas seções anteriores mostraram que há fragilidades, em todos os cenários, nos escores de orientação comunitária e profissional. A Tabela 35 e Figura 23 apresentam a análise descritiva do escore derivado segundo os médicos e enfermeiros dos municípios de Almenara, Teófilo Otoni e Governador Valadares.

Tabela 35: Análise descritiva do escore derivado do desempenho da APS na atenção à hanseníase segundo a experiência dos médicos e enfermeiros. Almenara, Teófilo Otoni e Governador Valadares, 2012.

Município	n	Mínimo/Máximo	Média/DP	Mediana	1º quartil	3º quartil
Almenara	14	5 / 10	6,8 ($\pm 1,7$)	6,2	5,4	7,8
Teófilo Otoni	39	1 / 10	5,7 ($\pm 2,1$)	5,6	4,7	7,3
Governador Valadares	71	0,7 / 10	6,6 ($\pm 2,4$)	6,9	5,1	8,8

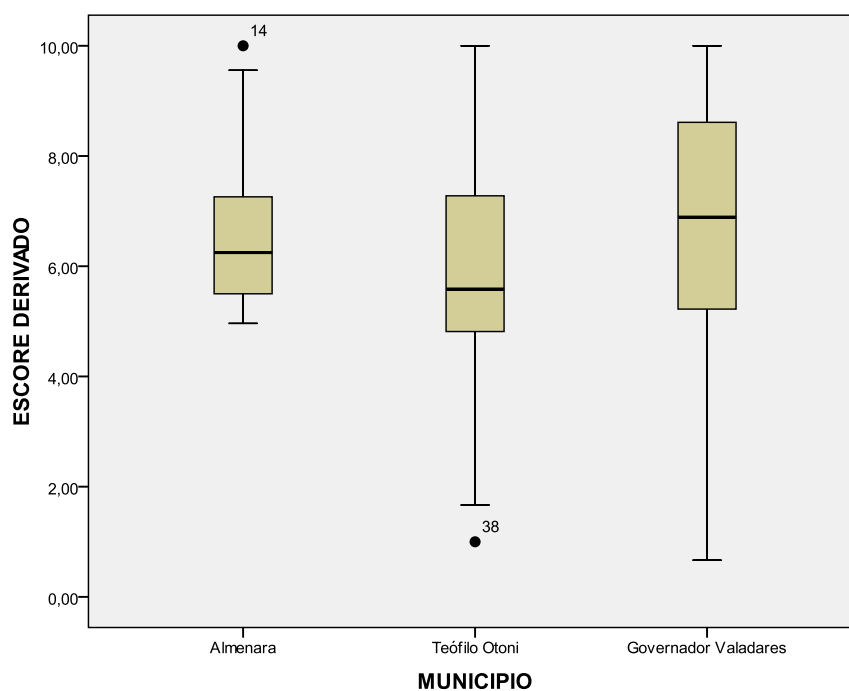


Figura 23 - Escore derivado do desempenho da APS na atenção à hanseníase nos municípios do estudo.

Ao analisar a tabela 35 e Figura 23, podemos afirmar que os dados do município de Almenara apresentam menor dispersão, há um caso *outlier* (um valor atípico, que nesse caso foi o valor máximo = 10) e possui a maior média do escore derivado. Em contrapartida, mais de 50% dos profissionais médicos e enfermeiros avaliaram o escore derivado com baixa orientação para atenção à hanseníase na APS, já que a mediana para esse cenário foi de 6,2. Teófilo Otoni apresenta resultados extremamente opostos de valores mínimo e máximo, sendo o *outlier* quem atribuiu o valor 1 para esse indicador. Quase 70% dos profissionais atribuíram valores para o escore derivado abaixo de 6,6, o que indica baixa orientação para a APS (observe que o terceiro quartil possui o valor de 7,3). Já Governador Valadares apresenta melhor mediana (6,9), portanto mais de 50% dos profissionais julgaram a orientação familiar, comunitária e profissional fortemente orientada para a APS. No entanto, é nesse cenário que os dados possuem maior heterogeneidade, sendo que o intervalo interquartil é de 3,7.

Verificamos que há diferença estatisticamente significativa no escore derivado entre os municípios do estudo ($H(2)=6,6$, $p=0,036$) e para identificar onde está essa diferença realizamos as três combinações comparativas adotando o valor crítico com a correção de Bonferroni (p valor crítico = 0,016):

- a. Teste 1: Almenara comparado com Teófilo Otoni → não há diferença entre a mediana do escore essencial atribuída pelos médicos e enfermeiros de Almenara (mediana = 6,2) e de Teófilo Otoni (mediana = 5,6); $p=0,130$.
- b. Teste 2: Almenara comparado com Governador Valadares → não há diferença estatisticamente significativa entre a mediana do escore essencial de Almenara (mediana = 6,2) e de Governador Valadares (mediana = 6,9); $p = 0,868$.
- c. Teste 3: Governador Valadares comparado com Teófilo Otoni → não há diferença estatisticamente significativa entre a mediana do escore essencial de Governador Valadares (mediana = 6,9) e de Teófilo Otoni (mediana = 5,6) quando adotamos o valor de p crítico corrigido por Bonferroni; $p = 0,028$.

Analisando o *boxplot*, podemos conferir o seguinte ranking de orientação dos serviços de APS na atenção à hanseníase: 1º) Governador Valadares, que apresentou 56,3% de avaliação do escore acima do ponto de corte de alta orientação para a APS (6,6); 2º) Almenara, que possui 42,9% de avaliações positivas e, por último, Teófilo Otoni, que tem somente 30,8% dos profissionais que avaliaram esse indicador com alta orientação.

De acordo com os resultados mostrados, confirmamos a nossa hipótese de trabalho, ou seja, que existem iniquidades no grau de orientação dos serviços da APS entre os municípios de Almenara, Teófilo Otoni e Governador Valadares na realização das ações de controle da hanseníase. Podemos concluir, segundo a experiência dos médicos e enfermeiros, que Almenara possui o melhor desempenho da atenção primária na realização das ações de controle da hanseníase, seguido de Governador Valadares e Teófilo Otoni. Esses resultados podem ser justificados pelo modelo de atenção à hanseníase e organização da rede de atenção:

- a. **Almenara:** possui as ACH integradas na APS desde 2005; sendo que a unidade de atenção secundária trabalha dando apoio às equipes na condução de casos mais difíceis;
- b. **Governador Valadares:** há uma dificuldade na organização do modelo de atenção à hanseníase, sendo que o processo de descentralização iniciado em 2002 sofreu retrocesso a partir de 2009, onde encontramos menos de 1/3 das unidades de APS realizando diagnóstico de hanseníase entre os anos de 2009 e 2012. A grande maioria dos casos acima de 18 anos, notificados nesse período (92,7%; $n= 345$) foram diagnosticados na referência municipal (CREDEN-PES). Governador Valadares é o município que mais contribui com a carga da doença na parte

mineira do *cluster* 6 da hanseníase, no entanto, apresenta grandes obstáculos no envolvimento da APS no controle da endemia.

- c. **Teófilo Otoni:** é o município que possui pouquíssimo envolvimento da APS na realização das ACH, sendo que todos os casos são diagnosticados e conduzidos pela equipe da policlínica municipal.

4.2.4.2 Discussão

O “Instrumento de avaliação do desempenho da atenção primária nas ações de controle da hanseníase” foi construído para medir a presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados da APS na atenção à hanseníase segundo a experiência dos gestores, médicos e enfermeiros, agentes comunitários de saúde e usuários. O escore essencial do desempenho da APS no controle da hanseníase é composto pelos atributos porta de entrada, acesso, atendimento continuado, integralidade dos serviços disponíveis e prestados e a coordenação.

De acordo com a Figura 22, todos os profissionais médicos e enfermeiros de Almenara atribuíram escores acima de 6,6 para o indicador de desempenho essencial da APS no controle da hanseníase. Em Governador Valadares e Teófilo Otoni, os percentuais de alto escore foram, respectivamente, 75% e 43,6%. Segundo Starfield (2002), cada sistema de saúde apresenta características próprias que determinam a sua operacionalização, sendo que nenhum sistema de saúde é parecido ou atua da mesma forma que o outro.

O primeiro atributo que compõe o escore essencial é a porta de entrada, que avalia a extensão da procura pelo primeiro atendimento em unidades da atenção primária antes de buscar outros serviços disponíveis no município (STARFIELD, 2002). Verificamos que a atenção secundária funciona como porta de entrada dos usuários suspeitos de hanseníase, sem necessidade de encaminhamento pelas unidades da APS em todos os municípios do estudo, porém com maior relevância em Teófilo Otoni e Governador Valadares.

Evidencia-se por meio do atributo porta de entrada a dificuldade para a operacionalização da descentralização da atenção às doenças tradicionalmente realizadas por especialistas, como a hanseníase e tuberculose. Os usuários remetem as unidades de atenção secundária como os serviços preferenciais de primeiro atendimento no caso de sinais e sintomas da hanseníase, evidenciando assim a hegemonia da organização dos serviços de saúde da década de 80 e 90 e o desconhecimento do papel da APS como ordenadora do cuidado.

Oficialmente, a Atenção Primária configura-se como a porta de entrada do sistema de saúde brasileiro. Espera-se que os serviços desse nível de atenção sejam acessíveis e resolutivos frente às principais necessidades de saúde trazidas pela população (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013, p. 160).

Para Wysocki e colaboradores (2013), “após a percepção de um problema/necessidade, a procura por atendimento ocorre principalmente pela credibilidade atribuída ao estabelecimento” (p. 445), ou seja, a população reconhece a unidade de atenção secundária como o local que realiza o diagnóstico e tratamento (PONCE *et al.*, 2013). Mesmo com várias publicações de portarias ministeriais que preconizam a descentralização da atenção à hanseníase para a APS desde a implantação das equipes de EACS e ESF, a realidade encontrada em vários municípios brasileiros é que as policlínicas continuam sendo os locais que mais realizam o primeiro atendimento e seguimento do paciente de tuberculose (PONCE *et al.*, 2013) e hanseníase, como evidenciado em Teófilo Otoni. Nesse caso, a atenção secundária funciona como a porta de entrada para o sistema a cada nova necessidade de saúde, independente de obstáculos organizacionais como a distância (WYSOCKI *et al.*, 2013). No município de São José do Rio Preto (SP), uma pesquisa realizada com os casos de hanseníase notificados entre 1998 a 2006 evidenciou que 40,8% procuraram os serviços de APS como o primeiro local para realizar o diagnóstico de hanseníase, 24,3% procurou a unidade de atenção secundária e 17,5% consultórios particulares (ARANTES *et al.*, 2010).

O acesso, que mede a utilização dos serviços de saúde pela população, apresentou baixa orientação em todos os municípios do estudo, principalmente a respeito do horário de funcionamento até às 17 horas e à ausência de telefone nas unidades de saúde. A acessibilidade restrita da população economicamente ativa aos serviços de saúde pode estar contribuindo para o diagnóstico tardio da hanseníase, característica também encontrada em um estudo realizado em Ribeirão Preto (SP) que avaliou a demora do diagnóstico em pacientes de tuberculose (WYSOCKI *et al.*, 2013).

Também foram identificados problemas de acessibilidade geográfica em Teófilo Otoni e Governador Valadares: unidades de saúde mal localizadas no seu território de abrangência e a necessidade de utilização de transporte motorizado para chegarem à unidade. No entanto, quando o tratamento é realizado em policlínica, a utilização de transporte motorizado e gastos financeiros são características imprescindíveis para os usuários chegarem à unidade (ARANTES *et al.*, 2010).

Segundo Starfield (2002), os problemas que afetam a acessibilidade da população aos serviços de saúde precisam ser identificados uma vez que determinam a extensão da

utilização desses serviços pela população que deles necessitam. Os problemas de acessibilidade identificados nesse estudo comprometem não só a utilização das unidades de APS para o atendimento de hanseníase, mas também todos os outros serviços ofertados pela unidade.

Como a totalidade dos usuários do município de Teófilo Otoni e a grande maioria de Governador Valadares realizam o acompanhamento do tratamento da hanseníase na unidade de atenção secundária, o atendimento continuado não é afetado uma vez que se trata de um atributo que não é exclusivo da APS. É possível ter atendimento continuado em unidades de atenção secundária quando esse usuário é atendido pelo mesmo profissional, quando há qualidade na interação usuário-profissional e a utilização do prontuário para anotação das informações do atendimento (STARFIELD, 2002).

No entanto, nesse estudo, avaliamos o atendimento continuado nas unidades de APS e somente os profissionais que atenderam caso de hanseníase responderam os itens que compõem esse atributo. A condição *sine qua non* para a continuidade do atendimento na atenção primária é o reconhecimento das necessidades de saúde dos usuários (STARFIELD, 2002), principalmente quando há encaminhamento de longa duração. Almenara foi o município que melhor apresentou a manutenção da APS como fonte regular de atenção para a hanseníase, sendo que a maioria dos encaminhamentos foi de curta duração. Uma característica da presença da longitudinalidade em um serviço de saúde é a realização do cuidado ao usuário com a intervenção de especialistas somente quando é necessário (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). Dessa forma, nesse município, há uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde da APS e os pacientes em suas unidades de saúde (STARFIELD, 2002). Destaca-se que a longitudinalidade é alcançada quando a APS é a fonte regular de atenção independente da necessidade da procura (STARFIELD, 2002).

No caso dos municípios onde os pacientes são acompanhados pelos profissionais da atenção secundária – Teófilo Otoni e Governador Valadares, a realização da gestão do cuidado da hanseníase pelos enfermeiros e agentes comunitários de saúde em visitas domiciliares poderia ser um mecanismo para estimular o vínculo do usuário à unidade de APS, não só para a hanseníase como também para as demais ações desenvolvidas na unidade, favorecendo assim a integralidade da atenção e a prática de um cuidado que leva em consideração a família e as condições de vida do paciente.

A rotatividade dos profissionais da APS pode influenciar o alcance do atendimento continuado do usuário. Segundo Starfield (2002), esse problema é minimizado quando os profissionais realizam anotações detalhadas nos prontuários, o que facilita o reconhecimento

das necessidades de saúde. No entanto, para Ponce e colaboradores (2013), a rotatividade dos profissionais da APS interfere na manutenção de equipes de APS qualificadas em atuar na atenção ao agravo. Por isso, é necessário garantir um serviço de referência para dar suporte às equipes da APS no oferecimento de uma atenção qualificada e adequadamente realizada (PANNIKAR, 2009; LUNAU, 2010).

A integralidade dos serviços disponíveis e prestados depende, segundo Starfield (2002), da identificação das necessidades de saúde da população e da programação das ações a serem desempenhadas na APS: a variedade de serviços disponíveis e prestados na atenção primária pode variar de comunidade para comunidade conforme incidência ou prevalência de problemas for diferente.

A hanseníase é um agravo que possui importância epidemiológica nos três municípios do estudo uma vez que são historicamente endêmicos, tendo assim um papel primordial para o controle da endemia no Estado de Minas Gerais e no Brasil. Verificamos que cada cenário apresenta uma organização diferente das ações de controle da hanseníase que estão disponíveis e são prestadas na APS, variações que estão diretamente associadas ao grau de descentralização das ACH e à determinação do papel de cada nível de atenção na rede de assistência à doença.

Ao analisar o escore médio do atributo integralidade dos serviços prestados, Almenara possui a melhor orientação para a realização das ACH na APS (média = 8,9), seguido de Governador Valadares (média=7,8) e Teófilo Otoni (média=7,7). Esses municípios possuem uma característica em comum avaliada pelos profissionais: baixa orientação dos serviços de APS para a realização do diagnóstico de hanseníase.

Como todos os municípios contam com unidades de atenção secundária, os encaminhamentos de caso suspeito da doença para fechamento do diagnóstico na referência são frequentes. Contudo, o que difere entre os municípios em estudo é o local responsável pelo acompanhamento do tratamento do paciente:

- a. Almenara: a grande maioria dos encaminhamentos é de curta duração, cujo objetivo principal é realizar um diagnóstico, prescrever o tratamento e orientar os profissionais da APS sobre o manejo do caso.
- b. Governador Valadares: 90% dos encaminhamentos são de longa duração uma vez que a APS apresenta baixa resolutividade em realizar o acompanhamento do caso de hanseníase.

- c. Teófilo Otoni: todos os casos são mantidos em acompanhamento na unidade de atenção secundária, apresentando até mesmo uma interrupção do cuidado realizado pelos profissionais da equipe de APS.

Para Starfield (2002), a recorrência de encaminhamentos para os demais níveis de atenção é uma forma de avaliar o grau de integralidade para uma ou mais categorias de necessidades de saúde. Como a hanseníase é um agravo que os profissionais não convivem no dia-a-dia da unidade, era esperado que vários itens do *check-list* deixariam de ser elencados. No entanto, tais dificuldades no manejo do usuário com hanseníase podem ser superadas com a realização do atendimento em conjunto com profissionais mais experientes. As habilidades só são adquiridas na medida em que são realizados os procedimentos requeridos em uma consulta ao paciente de hanseníase. Como os profissionais relatam não estarem preparados para atenderem hanseníase sendo que quando surge um caso suspeito logo o encaminha para avaliação na especialidade?

Para a realização do diagnóstico e acompanhamento na APS de doenças que historicamente foram de responsabilidade da atenção secundária – como a tuberculose – é necessário investimento na capacitação profissional (PONCE *et al.*, 2013) e em equipes de supervisão municipal para apoiar a realização das ACH nas unidades de APS. Os profissionais da APS devem assumir a responsabilidade pela atenção primária (Starfield 2002): realizar promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação dos problemas prevalentes no território.

A coordenação, o quarto componente da atenção, é essencial para a obtenção dos outros aspectos. Sem ela, a longitudinalidade perderia muito de seu potencial, a integralidade seria dificultada e a função de primeiro contato tornar-se-ia uma função puramente administrativa (STARFIELD, 2002, p. 365).

No entanto, os serviços de saúde dos municípios em estudo possuem um grande desafio de estabelecer a coordenação da atenção à hanseníase: primeiramente formular/implementar um protocolo municipal de atendimento à hanseníase com a determinação do papel de cada nível de atenção; implantar uma equipe de supervisão das equipes de APS no atendimento ao usuário com hanseníase; elencar os parâmetros para encaminhamentos aos especialistas, inclusive para a referência da atenção secundária; fluxos dos usuários no sistema de saúde; estabelecer uma comunicação formal entre os profissionais da APS e os da referência, fortalecendo assim o sistema de referência e contrarreferência; e definir os mecanismos de continuidade da atenção nos serviços de APS.

Os desafios para a coordenação quando o paciente está sob atenção especializada de longa duração decorrem dos compromissos potenciais em relação à longitudinalidade da atenção. Ou seja, quando a maior parte da atenção está centrada no manejo de uma doença específica, deve haver um mecanismo para assegurar que a atenção necessária não relacionada àquela doença (como os serviços preventivos indicados) seja prestada (STARFIELD, 2002, p. 388).

Os serviços de saúde da APS brasileira estão inseridos em uma realidade epidemiológica que tem como características a coexistência das doenças infecto-parasitárias e a predominância das doenças crônico-degenerativas (SCHRAMM *et al.*, 2004), sendo que é preconizado que a APS realize ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, de forma integral e continuada (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). De acordo com Grossi (2008), a integração das ACH em unidades da APS permite o acesso do usuário aos cuidados necessários, não só em relação à hanseníase. Por isso, o usuário deve ser vinculado à sua unidade de atenção primária para possibilitar a integralidade do cuidado (PONCE *et al.*, 2013).

Um dos grandes desafios do Sistema Único de Saúde é qualificar a APS para exercer a coordenação do cuidado e organizar os pontos de atenção especializada integrados, intercomunicantes, capazes de assegurar que a linha do cuidado integral seja plenamente articulada com a APS e forneça aos usuários do SUS respostas adequadas as suas necessidades (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013, p.162).

A manutenção de um encaminhamento de longa duração gera um grande impacto no alcance dos atributos orientação familiar, comunitária e profissional uma vez que estão diretamente relacionados ao reconhecimento, pelos profissionais, das necessidades de saúde da população. É necessário que haja contrarreferência desse paciente para a APS e a formulação de um plano de manejo do caso que também envolva os profissionais do primeiro nível de atenção. O distanciamento entre as unidades de atenção secundária e primária corrobora para a afiliação fragilizada do paciente à unidade da ESF e o não envolvimento dos profissionais no atendimento do caso de hanseníase.

A avaliação do indicador de desempenho derivado da APS – que qualifica a sua atuação no controle da hanseníase – mostra que há fragilidades nos atributos que compõem esse indicador. Almenara apresentou score médio de 6,8, seguido por Governador Valadares com uma avaliação limítrofe (média=6,6) e por Teófilo Otoni, que apresenta baixa orientação do score derivado (média=5,7).

A ESF deve pautar a sua atuação além da assistência curativa, estruturando as suas ações de acordo com as necessidades de saúde da população. Sendo assim,

a ESF propõe que a atenção à saúde centre-se na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, o que leva os profissionais de saúde a entrar em contato com as condições de vida e saúde das populações, permitindo-lhes uma

compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013, p. 159).

Quando os profissionais consideram a família como objeto de atenção, a equipe contempla os atributos derivados da APS: orientação familiar e comunitária (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

A orientação familiar é alcançada, para Starfield (2002), quando “a avaliação das necessidades para a atenção integral considera o contexto familiar e sua exposição a ameaças à saúde” (p. 487). É extremamente importante o envolvimento da família do usuário com hanseníase para realizar o esclarecimento de dúvidas sobre a doença e o exame de todos os contatos intradomiciliares, bem como apoiar o paciente durante o seu tratamento e período após a alta por cura. Smith (2010) destaca que o envolvimento da família no cuidado do paciente promove a adesão do paciente às práticas de autocuidado para prevenção de incapacidades.

O percentual de contatos examinados no ano de 2012 em Almenara, Teófilo Otoni e Governador Valadares foi, respectivamente, 91,3%; 70,4% e 78,8%. Percentuais acima de 75% são considerados bons segundo os parâmetros adotados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010b). Ressalta-se que o Plano Nacional de Controle da Hanseníase publicado pelo MS em 2007 enfatizou a importância da avaliação dos contatos para o controle da endemia no país (TALHARI *et al.*, 2012).

A orientação para a comunidade só é alcançada quando os profissionais elencam a hanseníase como um problema de saúde que a equipe deve atuar. Os profissionais de Almenara, Teófilo Otoni e Governador Valadares reconhecem a hanseníase como um agravo de importância epidemiológica para o município, contudo, evidenciaram uma fragilidade no uso da epidemiologia para a programação das ações de controle que serão desenvolvidas naquela unidade. As ações educativas e de busca ativa de sintomáticos dermatológicos também são pontuais, sendo realizadas principalmente no mês de janeiro, data em que é comemorado o dia nacional de combate à doença.

Contudo, é preciso que a população seja constantemente conscientizada sobre os sinais e sintomas das lesões de pele causadas pela hanseníase (PENNA; OLIVEIRA; PENNA, 2009), principalmente em regiões endêmicas já que essa atividade promove a procura espontânea dos serviços de saúde e, conseqüentemente, o diagnóstico precoce. Em um estudo realizado em municípios da microrregião de Diamantina (MG), dos 71 casos notificados entre 2005 e 2010,

Apenas 23,0% dos indivíduos procuraram o serviço de saúde quando perceberam somente manchas cutâneas. A maioria, 77,0%, relatou possuir sinais e sintomas que caracterizavam ou favoreciam a ocorrência de incapacidades físicas. Destes, 35,0% tinham perda de sensibilidade associadas ou não a manchas e 42,0% apresentavam manchas, perda de sensibilidade e/ou perda de força muscular, além de outros acometimentos como intensas dores articulares, edemas e feridas em extremidades, infiltrações e até mesmo garras em membros superiores (RIBEIRO, 2012, p. 56).

Os profissionais da APS também devem ser encorajados a realizarem busca ativa de sintomáticos dermatológicos, a valorizarem as queixas de lesões de pele (PENNA; OLIVEIRA; PENNA, 2009) e a pensarem em hanseníase em qualquer atendimento realizado na APS (LANZA *et al.*, 2011). Apesar disso, é uma prática comum a realização de ações voltadas para a comunidade somente em épocas de campanhas ou após as capacitações (PONCE *et al.*, 2013). Só que quando se trata de municípios endêmicos, a hanseníase não pode ficar em segundo plano nas agendas de saúde locais (LUNAU, 2010). Citando Santos, Castro e Falqueto (2008),

O exame dos contatos domiciliares dos casos novos diagnosticados, aliado à informação efetiva da população sobre a doença, o rastreamento de novos casos e a educação permanente dos profissionais de saúde tornam-se estratégias principais para o diagnóstico e tratamento da hanseníase (p. 743).

Os profissionais que participaram da pesquisa avaliaram que estão qualificados para atenderem hanseníase na APS, contudo, reivindicam mais treinamentos. A supervisão do trabalho das equipes de APS na realização das ACH é uma estratégia contextualizada de capacitação, de aprimoramento das habilidades e de instrumentalização das diretrizes municipais de atendimento ao usuário com hanseníase (protocolos, fluxos de encaminhamentos, e outros). Para Ponce e colaboradores (2013):

Urge a necessidade de se pensar em estratégias que visem à qualificação e capacitação permanentes e sistematizadas dos profissionais de saúde que atuam nos diversos serviços que se constituem como portas de entrada da rede de atenção de modo a colaborar para a garantia dos conhecimentos/habilidades/competências dos profissionais no diagnóstico oportuno (p. 952).

A capacitação dos profissionais de saúde é um dos pilares para alcançar a sustentabilidade do controle da hanseníase já que novos casos continuarão sendo diagnosticados, principalmente em áreas endêmicas (SOUTAR, 2010). Por isso, o Sistema Único de Saúde investe constantemente na formação dos profissionais, porém a rotatividade desafia a continuidade do desenvolvimento da atenção à hanseníase nas equipes de APS. Smith (2010) inclusive questiona que a formação dos profissionais para atuação na hanseníase não deve ser atribuída somente ao sistema de saúde, mas deveria ser incorporada nos currículos dos cursos de graduação.

Um país que pretende construir um SUS universal, equânime e abrangente necessita construir uma APS forte, o que implica formar médicos de família e comunidade para atuarem na porta de entrada desse sistema e coordenarem as necessidades em saúde das pessoas sob sua responsabilidade (NORMAN; NORMAN, 2013, p.225).

Os gestores dos municípios do estudo precisam ser sensibilizados que as ações de controle da hanseníase devem ser sustentadas nos serviços de APS (GROSSI, 2008) - com uma rede de atenção secundária e terciária integrada - uma vez que fazem parte de um dos *clusters* de hanseníase do Brasil e ainda apresentam taxas de detecção elevadas, o que sugere que há transmissão ativa do *M. leprae* (BRASIL, 2010c; TALHARI *et al.*, 2012). O diagnóstico precoce, o tratamento oportuno com PQT, a vigilância dos contatos e a prevenção/tratamento das incapacidades físicas são as estratégias principais para a redução da transmissão e o declínio da prevalência da doença (BRASIL, 2010b; TALHARI *et al.*, 2012). Para Penna, Oliveira e Penna (2009), a construção do plano municipal de controle da hanseníase deve ser baseada na realidade local da endemia e em evidências científicas, sendo essencial o envolvimento das autoridades locais, dos profissionais de saúde e da comunidade no processo de seu desenvolvimento.

Podemos citar o exemplo do município de Cariré, localizado no Estado do Ceará, que em 2009, reorganizou a atenção à hanseníase a fim de obter a sustentabilidade do plano municipal de controle da doença (XIMENES NETO *et al.*, 2010). Esse processo contou com a participação da comunidade, dos profissionais de saúde, da educação e serviço social e as principais ações realizadas foram: qualificação das nove equipes da ESF para atuar no manejo do caso de hanseníase; disponibilização de especialistas para realizar o diagnóstico com acurácia e a formação de um centro de reabilitação física. Essas ações resultaram na realização do diagnóstico precoce, redução do número de casos diagnosticados com grau 2 de incapacidade física e avaliação de 100% dos contatos (XIMENES NETO *et al.*, 2010).

O presente estudo identificou os aspectos dos serviços de APS que necessitam ser fortalecidos para qualificar a integração das ações de controle da hanseníase no primeiro nível de atenção.

A ESF foi assumida pelo governo brasileiro como uma proposta de reorganização do sistema de saúde na perspectiva da implementação de uma APS abrangente. E, se a opção política é por uma APS não simplificada, que forme a base e determine o trabalho de todos os outros níveis do sistema de saúde, torna-se necessário que seja assumida de forma integral e resolutiva (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013, p.163).

Os resultados da pesquisa mostraram que os serviços de APS do município de Almenara possuem melhor orientação para a realização das ACH, seguido de Governador Valadares e Teófilo Otoni. No entanto, esperava-se que os serviços de atenção primária de

Governador Valadares e Teófilo Otoni estivessem mais preparados para realizarem o cuidado em hanseníase, já que se trata de municípios prioritários para o controle da endemia no Estado de Minas Gerais e no Brasil. Ressalta-se que um dos objetivos do estudo que identificou os *clusters* de hanseníase no Brasil, realizado no período de 2007 a 2009, foi direcionar os esforços governamentais para controle da doença (BRASIL, 2010a). Mas os dados aqui apresentados, coletados em 2012, evidenciam a necessidade de organização da atenção à hanseníase e fortalecimento da descentralização das ACH.

A meta preconizada pela Organização Mundial de Saúde – redução de 35% do coeficiente de grau 2 de incapacidade física dos casos novos por 100.000 habitantes no momento do diagnóstico até 2015 (em comparação aos dados registrados em 2010) – mostrará a efetividade dos serviços de saúde em reduzir a demora no diagnóstico e a magnitude das deformidades causadas pela hanseníase (PANNIKAR, 2009; OLIVEIRA *et al.*, 2010; DECLERCQ, 2011). Para alcançar essa meta, torna-se necessário o fortalecimento das atividades de controle da hanseníase a fim de enfrentar os desafios operacionais que dificultam o diagnóstico/tratamento oportuno e o cuidado qualificado, principalmente relacionado à avaliação do grau de incapacidade física (OLIVEIRA *et al.*, 2010). Ressalta-se que os sistemas de saúde também devem levar em consideração os demais indicadores epidemiológicos e operacionais para realizar o monitoramento e avaliação do programa de controle da hanseníase (DECLERCQ, 2011).

Apesar das estratégias de controle da doença estarem bem estabelecidas no País (BRASIL, 2010b; 2010c), vários aspectos da gestão desafiam a operacionalização das diretrizes do Ministério da Saúde. Penna *et al.* (2011) elencaram alguns destes desafios como: fortalecimento da gestão descentralizada em estados e municípios; organização da rede de atenção à hanseníase nos três níveis, incluindo especialistas em diversas áreas para obter o cuidado integral; implementação das ações de vigilância epidemiológica; mobilização social e realização de parcerias, com a participação efetiva do controle social, para o alcance do controle da endemia. Lopes (2014) acredita que

São muitos os desafios que a hanseníase apresenta para que a carga da doença seja reduzida no país, pois, apesar da existência de várias estratégias bem sucedidas para seu controle, ainda temos muitos municípios que apresentam dificuldades para empregá-las. Acreditamos que as dificuldades só serão vencidas quando a doença for uma prioridade, não só da gestão, como também da comunidade, uma vez que a população tem poder para tornar a hanseníase uma prioridade da gestão (p. 100).

Sendo assim, a hanseníase, uma doença que já é negligenciada nos sistemas de saúde, precisa ser vista pelos gestores como uma prioridade em saúde (ARULANANTHAM,

2010), principalmente nos municípios deste estudo que fazem parte de uma área de risco para adoecimento no Brasil. Para Lunau (2010), a realização de um debate sobre a sustentabilidade do programa de controle da hanseníase pode ajudar os municípios a reorganizarem a rede de atenção à doença a fim de aproximar do modelo idealizado para o controle da endemia (LUNAU, 2010), principalmente após o Ministério da Saúde retomar a meta de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública até 2015 (LOCKWOOD; SHETTY; PENNA, 2014).

Por fim, destaca-se que o processo de integração das ACH nos serviços de atenção primária requer monitoramento e avaliações contínuas, principalmente no período pós-integração (PANDEY; RATHOD, 2010). Os resultados apresentados nessa pesquisa oferecem subsídios para os gestores definirem as intervenções a serem realizadas a curto e médio prazo para qualificar a APS no oferecimento das ações de controle da hanseníase baseadas nos pressupostos dos atributos da atenção primária. A utilização regular do instrumento avaliativo aqui proposto permitirá aos municípios de Almenara, Teófilo Otoni e Governador Valadares o monitoramento do desempenho dos atributos essenciais e derivados da APS na atenção à hanseníase durante o processo de descentralização/pós-descentralização.

Mendes afirma que (2011, p. 97, grifo nosso),

Só haverá APS de qualidade quando os seus sete atributos estiverem sendo obedecidos, em sua totalidade. O **primeiro contato** implica a acessibilidade e o uso de serviços para cada novo problema ou novo episódio de um problema para os quais se procura atenção à saúde. A **longitudinalidade** implica a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, num ambiente de relação mútua de confiança e humanizada entre equipe de saúde, indivíduos e famílias. A **integralidade** significa a prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades da população adscrita nos campos da promoção, da prevenção, da cura, do cuidado e da reabilitação, a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças. A **coordenação** conota a capacidade de garantir a continuidade da atenção, através da equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante e se articula com a função de centro de comunicação das RASs [*redes de atenção à saúde*]. A **focalização na família** implica considerar a família como o sujeito da atenção, o que exige uma interação da equipe de saúde com essa unidade social e o conhecimento integral de seus problemas de saúde. A **orientação comunitária** significa o reconhecimento das necessidades das famílias em função do contexto físico, econômico, social e cultural em que vivem, o que exige uma análise situacional das necessidades de saúde das famílias numa perspectiva populacional e a sua integração em programas intersetoriais de enfrentamento dos determinantes sociais da saúde. A **competência cultural** exige uma relação horizontal entre a equipe de saúde e a população que respeite as singularidades culturais e as preferências das pessoas e das famílias.



Limitações do Estudo

4.3 Limitações do estudo

Essa pesquisa apresenta quatro versões de um instrumento para avaliar o desempenho da APS no controle da hanseníase segundo os gestores, profissionais de saúde (médicos e enfermeiros), agentes comunitários de saúde e usuários, que foi construído tendo como base o marco teórico da APS e das ações de controle da hanseníase preconizadas pelo Ministério da Saúde para serem desempenhadas nesse nível de atenção.

A primeira limitação do estudo encontra-se na verificação, durante o pré-teste, da inadequação de itens do instrumento profissionais aos ACS, que resultou na formulação de uma nova versão do instrumento para esse profissional da ESF. Essa versão, no entanto, não foi submetida à avaliação de face e de conteúdo por especialistas e foi considerada, pelos pesquisadores, adequada para medir o construto de interesse após a avaliação qualitativa dos resultados do pré-teste. Sendo assim, destacamos neste estudo um potencial viés de aferição.

Esse julgamento, realizado em uma reunião no qual participaram seis integrantes do grupo de pesquisa de hanseníase da UFMG e de uma *expert* (que participou da validação do instrumento PCATool), resultou na exclusão e inclusão de novos itens nas versões do instrumento. Isso pode ser considerado uma limitação do estudo já que nessa etapa da pesquisa houve a inclusão de novos itens que não foram avaliados pelo painel de especialistas e nem submetidos a uma nova prova de ajustes, sendo então considerados adequados para a aplicação no cenário de estudo.

Apesar da amostra nos municípios mineiros do *cluster* 6 ter contemplado 100% dos gestores e profissionais da APS (médicos, enfermeiros e ACS) elegíveis para participarem do estudo, somente foi possível realizar validade de construto do instrumento destinado aos ACS, mesmo com a perda de 160 informantes do grupo de ACS. As demais perdas do estudo foram contabilizadas no grupo dos profissionais médicos e enfermeiros (26 informantes). Contudo, a participação desses 26 informantes não impactaria na adequação da amostra para a realização da análise fatorial exploratória do instrumento destinado aos profissionais.

Na aplicação do instrumento em Almenara, Teófilo Otoni e Governador Valadares, verificamos que a escala de resposta utilizada, do tipo Likert, poderia conter somente três opções uma vez que as respostas ficaram polarizadas nas opções “com certeza, sim” e “com certeza, não”. Assim, podemos inferir que o entrevistado não compreendeu a diferença de graduação entre as opções “com certeza” e “provavelmente”, o que não aconteceu durante a

realização do pré-teste. Avaliamos também que seria mais prudente, para a avaliação do desempenho da APS no controle da hanseníase, a utilização de uma escala de respostas com alternativas de advérbios de frequência (sempre, quase sempre, às vezes e nunca), o que proporcionaria uma precisão mais fidedigna das respostas captadas pelo instrumento com a realidade encontrada no município.

Em relação aos usuários, apontamos a possibilidade de ter tido um viés de memória já que os dados informados pelos pacientes são diretamente influenciados pela capacidade recordatória da atenção recebida durante o tratamento da hanseníase.

Para minimizar os erros de medida, foram adotadas as seguintes medidas:

- a. Elaboração de um manual de coleta de dados que contém informações detalhadas sobre o processo de aplicação do instrumento;
- b. Treinamento das entrevistadoras para garantir a correta aplicação do instrumento;
- c. Aplicação do instrumento mediante entrevista, o que permitiu a explicação da escala de respostas sempre que necessário e captação de detalhes das respostas dos indivíduos, que foram anotadas no diário de campo. No caso dos usuários, os entrevistadores mostravam os estesiômetros, fio dental, e escala de Snellen.

Mesmo com a adoção desses cuidados, pode ter ocorrido viés de informação na aplicação do instrumento. Destacamos que a informação coletada no município de Teófilo Otoni pode não corresponder à realidade da atuação da APS na realização das ações de prevenção e controle da hanseníase uma vez que os dados foram coletados em agosto e setembro de 2012, meses antecedentes às eleições municipais, o que pode ter gerado um possível viés de informação.

Na validação de construto dos instrumentos destinados aos profissionais e gestores foram mantidos itens com variância nula, pois julgamos importantes para a avaliação do construto de interesse, sendo que em outros cenários esses itens podem ter um comportamento diferente e assim sendo úteis na avaliação da orientação da APS para a realização das ACH.

Considerando a realidade na qual o “Instrumento de avaliação do desempenho da atenção primária nas ações de controle da hanseníase” foi aplicado, as quatro versões apresentaram medidas de fidedignidade aceitáveis e podem ser consideradas uma ferramenta útil para identificar a presença e extensão dos atributos essenciais e derivados na atenção à hanseníase na APS segundo a experiência dos gestores, profissionais, ACS e usuários. No entanto, trata-se um instrumento quantitativo como o PCATool-Brasil, o que pode levar à perda de algumas dimensões subjetivas do cuidado, melhor captadas por metodologias qualitativas (GONÇALVES, 2013).



Conclusões

5 CONCLUSÕES

O estudo apresentou uma metodologia de avaliação que mede a orientação dos serviços de atenção primária na realização das ações de controle da hanseníase preconizadas pelo Ministério da Saúde. Concluimos que o “Instrumento de avaliação do desempenho da atenção primária nas ações de controle da hanseníase” apresentou duas validades:

- a. A primeira é relacionada à psicometria de um instrumento de medida (validade de construto e de confiabilidade - consistência interna e teste-reteste): o Instrumento de avaliação do desempenho da atenção primária nas ações de controle da hanseníase apresentou conformidade aos parâmetros de validade e precisão de um teste.
- b. A segunda, a uma validade prática, pois apresenta subsídios de acordo com a experiência dos gestores, médicos, enfermeiros, ACS e usuários para qualificar a atenção à hanseníase na APS.

A atual política do País para monitoramento e avaliação das ações do desempenho da APS é o PMAQ, que contempla a hanseníase como uma das áreas estratégicas, porém não possui a capacidade de discriminar as fragilidades do sistema de saúde no desenvolvimento das ações de diagnóstico, tratamento, acompanhamento dos casos e dos contatos domiciliares, e vigilância epidemiológica.

O objetivo principal do PMAQ é ampliar o acesso e a oferta qualificada dos serviços de saúde no âmbito do SUS. No entanto, a literatura aponta diversas evidências que a qualidade da atenção primária está diretamente relacionada ao alcance dos seus atributos essenciais e derivados. Por isso, sugerimos a utilização do “Instrumento de avaliação do desempenho da atenção primária nas ações de controle da hanseníase – versões gestores, profissionais (médicos e enfermeiros) e ACS” na segunda etapa do PMAQ, na qual as equipes realizam uma autoavaliação do processo de trabalho.

Sabemos que a hanseníase possui uma distribuição heterogênea no território brasileiro – apresentando municípios silenciosos até hiperendêmicos – e que a APS deve ser sensível aos agravos mais prevalentes no território. No entanto, a inexistência de caso de hanseníase em tratamento na área de abrangência da unidade de APS não pode significar a ausência de ações voltadas para a divulgação dos sinais e sintomas da doença para a comunidade, busca de sintomáticos dermatológicos, realização da suspeição diagnóstica e do

acompanhamento dos casos que já receberam a cura. Já em áreas endêmicas, como os municípios de Almenara, Teófilo Otoni e Governador Valadares, é preciso ter um serviço de atenção primária orientada para realizar as ações de controle da hanseníase de acordo com os atributos essenciais – porta de entrada, acesso, atendimento continuado, integralidade dos serviços disponíveis/prestados e coordenação - e com os atributos derivados – orientação familiar, comunitária e profissional. Assim, um serviço de saúde pode ser considerado provedor de atenção primária ao apresentar os atributos essenciais, sendo maior a sua orientação se também estiverem presentes os atributos derivados.

O estudo avaliativo proporcionou evidências que os serviços de APS do município de Almenara são fortemente orientados para a realização das ações de controle da hanseníase, pois apresentou média do escore essencial e derivado acima de 6,6. Governador Valadares apresenta características dos atributos que compõem o escore essencial que indicam forte orientação para a APS e fragilidades no escore derivado. Teófilo Otoni apresentou o pior cenário para a realização das ACH na APS, com fragilidades em vários atributos.

Sendo assim, confirmamos que há iniquidades no grau de orientação dos serviços da APS na realização das ações de controle da hanseníase entre os municípios de Almenara, Teófilo Otoni e Governador Valadares.

Verificamos que a condição de atender os usuários de hanseníase nos serviços de atenção secundária sem a obrigatoriedade do encaminhamento, como acontece em Teófilo Otoni e Governador Valadares, não proporciona a efetiva integração das ACH nas unidades de atenção primária. Para ter uma APS fortemente orientada para a realização das ACH é preciso que ela assuma o papel de ordenadora do cuidado e que os serviços de atenção secundária funcionem, de preferência, mediante encaminhamentos de curta duração. De acordo com os resultados do estudo, recomenda-se aos municípios:

- a. O fortalecimento do acesso às ações de saúde na APS - principalmente por meio da disponibilização de telefone nas unidades e ampliação do horário de atendimento após 17h;
- b. A ampliação do elenco de ações que devem ser realizadas nos serviços de APS para o acompanhamento do usuário em tratamento da hanseníase e dos estados reacionais, no período do pós-alta, bem como dos seus contatos. Para o usuário, o elenco de serviços disponíveis em uma unidade de saúde é determinante para a escolha da APS como o primeiro local de atendimento antes de buscar outros serviços disponíveis no município;

- c. Realização do atendimento continuado, pelos profissionais da unidade de APS, ao usuário de hanseníase que esteja sendo acompanhado pelo serviço de atenção secundária para possibilitar a integralidade do cuidado;
- d. Implantação de uma equipe de supervisão das equipes de APS no manejo do usuário com hanseníase, bem como de um protocolo de atendimento;
- e. Organização da rede de atenção à hanseníase, sendo a unidade de APS o centro dessa rede;
- f. Consolidação do sistema de referência e contrarreferência e implantação de parâmetros para encaminhamento dos casos para especialistas;
- g. Realização de uma atenção centrada no usuário, na família e na comunidade, componentes que são primordiais para a qualificação da assistência prestada na APS;
- h. Instrumentalização do Agente Comunitário de Saúde para realizar as ações de orientação familiar e comunitária voltadas para a hanseníase

Por fim, como a hanseníase é um agravo prioritário na política de saúde do Brasil e há a necessidade de fortalecimento da atuação da APS no seu controle, a utilização do “Instrumento de avaliação do desempenho da atenção primária nas ações de controle da hanseníase” permitirá o conhecimento dos atributos da atenção primária que estão sendo alcançados em seu controle e subsidiará os gestores na estruturação de estratégias de vigilância da doença orientada por evidências e apropriada à realidade da endemia local, resguardando as limitações do estudo.

Sugere-se a realização de novos estudos para:

- a. Refinar a qualidade do instrumento, para que possa ser amplamente empregado nos serviços de saúde como ferramenta avaliativa complementar ao questionário do PMAQ;
- b. Avaliar a correlação entre a orientação dos serviços para a APS - utilizando o *Primary Care Assessment Tool-Brasil* - e a orientação dos serviços de APS para a realização das ações de controle da hanseníase – dados a serem captados por meio do Instrumento de avaliação do desempenho da atenção primária nas ações de controle da hanseníase. Nesse estudo, poderemos avaliar se os obstáculos enfrentados pela APS na realização das ações de controle da hanseníase também ocorrem na atenção aos demais agravos que possuem destaque no planejamento das ações de saúde, como a hipertensão arterial e diabetes mellitus.



Referências Bibliográficas

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALENCAR, C. H. *et al.* Persisting leprosy transmission despite increased control measures in an endemic cluster in Brazil: the unfinished agenda. **Leprosy Review**, London, v. 83, n. 4, p. 344–353, dec. 2012.

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. especial, p. 701-707, nov. 2008.

ANDRADE, V. A descentralização das atividades e a delegação das responsabilidades pela eliminação da hanseníase ao nível municipal. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 47-51, jun. 2000.

ARANTES, C. K. *et al.* Avaliação dos serviços de saúde em relação ao diagnóstico precoce da hanseníase. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 19, n. 2, p. 155-164, abr./jun. 2010.

ARULANANTHAM, S. Leprosy and the Millennium Development Goals. **Leprosy Review**, London, v. 81, n. 4, p. 287–289, dec. 2010.

BARBOSA, S. P.; ELIZEU, T. S.; PENNA, C. M. M. The perspective of health professionals on access to Primary Health Care. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2347-2357, aug. 2013.

BERRA, S. *et al.* Validez y fiabilidad de la versión argentina del PCAT-AE para evaluar la atención primaria de salud. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 33, n. 1, p. 30-39, jan. 2013.

BRANDÃO, P. Assistência ao portador de hanseníase. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. especial, p. 782-783, nov. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Informe epidemiológico do SUS**, Brasília, ano V, n. 2, abr./jun. 1996. Suplemento 3.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). **Como os gestores municipais de saúde vão acelerar a eliminação da hanseníase no Brasil**. Brasília: CONASEMS, 1999. 28 p.

BRASIL. Portaria n. 816 de 26 de julho de 2000. Aprova as diretrizes destinadas a orientar, em todos os níveis do Sistema Único de Saúde, SUS, as medidas de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle da hanseníase no País. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 27 jul. 2000a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Legislação sobre o controle da hanseníase no Brasil**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2000b. 48 p.

BRASIL. Portaria n. 1.073 de 26 de setembro de 2000. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 set. 2000c. Seção 1. p. 18.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS/SUS 01/2001**. Portaria n. 95 de 26 de janeiro de 2001. Brasília. 2001. 21 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. 56 p. (Textos Básicos em Saúde).

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia para o controle da hanseníase**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b. 89 p. (Normas e Manuais Técnicos, 111).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 586 de 6 de abril de 2004**. Institui conjunto de ações e medidas coordenadas para a eliminação da hanseníase. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 8 abr. 2004. Seção 1. p. 87.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 108 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase em nível municipal 2006-2010**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 31 p.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios**. Brasília: CONASS, 2006b. 164 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. 72 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS**. 1. ed. Brasília: CONASS, 2007a. 528 p. (Coleção Progestores - Para entender a gestão do SUS, 12).

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **CONASS 25 anos**. 1. ed. Brasília: CONASS, 2007b. 156 p. (Coleção Progestores).

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção primária e promoção da saúde**. 1. ed. Brasília: CONASS, 2007c. 232 p. (Coleção Progestores - Para entender a gestão do SUS, 8).

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Brasília: CONASS, 2007d. 290 p. (Coleção Progestores - Para entender a gestão do SUS, 1).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose**. 2. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a. 195 p. (Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, 21).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Como ajudar no controle da hanseníase?** Brasília: Ministério da Saúde, 2008b. 60 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Conjunta n. 125 de 26 de março de 2009**. Define ações de controle da hanseníase. Brasília. 2009a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2009/poc0125_26_03_2009.html>. Acesso em: 23 set. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Hanseníase: monitoramento e avaliação: manual de capacitação em M&A: caderno do monitor**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. 108 p. (Série F: Comunicação e Educação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2009: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. 368p. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 3125 de 7 de outubro de 2010**. Aprova as diretrizes para vigilância, atenção e controle da hanseníase. Brasília. 2010b. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/talidomida/legis/portaria_n_3125_hanseníase_2010.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 594 de 29 de outubro de 2010**. Brasília. 2010c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2010/prt0594_29_10_2010.html>. Acesso em: 2 fev. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: *primary care assessment tool pcatool***. Brasília: Ministério da Saúde, 2010d. 80 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Instrutivo para preenchimento da programação das Ações de Vigilância em Saúde nas unidades federadas: 2010 – 2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010e. 141 p. Disponível em: <http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/Informacoes_em_Saude/Instrutivo_PAVS_2010-2011.pdf>. Acesso em: 5 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 110p. (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 62 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Brasília. 2012c. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade de Atenção Básica - AMAQ**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 167 p. (Série B. Textos básicos de saúde).

BRASIL. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução nº 5 de 19 de junho de 2013**. Dispõe sobre as regras do processo de pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para os anos de 2013-2015, com vistas ao fortalecimento do planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e a implementação do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP). Brasília. 2013b. Disponível em: <http://portalweb04.saude.gov.br/sispacto/Resolucao_Indicadores_2013_2015.pdf>. Acesso em: 17 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programação de Ações do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde 2013-2015 (ProgVS)**. Brasília. 2013c. Disponível em: <<http://www1.saude.ba.gov.br/obr/DOWNLOAD/INSTRUMENTO%20PROGRAMA%C3%87%C3%83O%20A%C3%87%C3%83O.PDF>>. Acesso em: 20 dez. 2013.

BYAMUNGU, D. C.; OGBEIWI, O. I. Integrating leprosy control into general health service in a war situation: the level after 5 years in Eastern Congo. **Leprosy Review**, London, v. 74, n. 1, p. 68-78, mar. 2003.

CARDOSO, V. G. **Inquérito domiciliar sobre as percepções da população em relação à hanseníase em um município hiperendêmico de Minas Gerais**. 2011. 156 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

CASSADY, C. E. *et al.* Measuring consumer experiences with primary care. **Pediatrics**, v. 105, n. 4, p. 998-1003, apr. 2000.

CHOMATAS, E. *et al.* Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, p. 294-303, out./dez. 2013.

DECLERCQ, E. Reflections on the new WHO leprosy indicator: The rate of new cases with grade 2 disabilities per 100,000 population per year. **Leprosy Review**, London, v. 82, n. 1, p. 3-5, mar. 2011.

DONABEDIAN, A. The quality of care, How can it be assessed? **JAMA**, v. 260, n. 12, p. 1743-1748, sep. 1997.

FEENSTRA, P. Strengths and weaknesses of leprosy elimination campaigns. **Lancet**, London, v. 355, n. 9221, p. 2089-2090, jun. 2000.

FEENSTRA, P.; VISSCHEDIJK, J. Leprosy control through general health services - revisiting the concept of integration. **Leprosy Review**, London, v. 73, n. 2, p. 111-122, jun. 2002.

FIELD, A. **Descobrimos a estatística usando o SPSS**. Porto Alegre: Artmed, 2009. 688p.

FIGUEIREDO FILHO, D. B. F.; SILVA JÚNIOR, J. A. S. Visão além do alcance: uma introdução à análise fatorial. **Opinião Pública**, Campinas, v. 16, n. 1, p. 160-185, jun. 2010.

FIGUEIREDO, A. M. *et al.* Análise de concordância entre instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde na cidade de Curitiba, Paraná, em 2008. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 22, n. 1, p. 41-48, jan./mar. 2013.

FUJIKAWA, 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. 184-95, sep. 2010.

FUJIKAWA, P. L. **Avaliação da descentralização das ações de controle da hanseníase em Betim: prevenindo incapacidades?** 2007. 114 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

GROSSI, M. A. F. Vigilância da Hanseníase no Estado de Minas Gerais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. especial, p. 781-781, nov. 2008.

GONÇALVES, M. R. *et al.* A qualidade da atenção primária e o manejo do diabetes mellitus. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, 235-43, out./dez. 2013.

HAGGERTY; J. L. *et al.* Practice features associated with patient-reported accessibility, continuity, and coordination of primary health care. **Annals of Family Medicine**, v. 6, n. 2, p. 116-23, mar. 2008.

HARZHEIM, E. *et al.* Consistência interna e confiabilidade da versão em português do *Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil)* para serviços de saúde infantil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n. 8, p. 1649-1659, ago. 2006a.

HARZHEIM, E. *et al.* Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. **BMC Health Services Research**, v. 5, n. 6, dec. 2006b. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/6/156>>. Acesso em: 13 jul. 2010.

HARZHEIM, E. *et al.* Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, 274-84, out./dez. 2013.

HAUSER, L. *et al.* Tradução, adaptação, validade e medidas de fidedignidade do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCATool) no Brasil: versão

profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, 244-55, out./dez. 2013.

HEREDIA, L. P. D.; SÁNCHEZ, A. I. M.; VARGAS, D. Validade e confiabilidade do Questionário de Espiritualidade de Parsian e Dunning em versão espanhola. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n.3, p. 559-566, jun.2012.

KASTURIARATCHI, N. D.; SETTINAYAKE, S.; GREWAL, P. Processes and challenges: how the Sri Lankan health system managed the integration of leprosy services. **Leprosy Review**, London, v. 73, n. 2, p. 177-185, jun. 2002.

LANZA, F. M. *et al.* Ações de controle da hanseníase: tecnologias desenvolvidas nos municípios do Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, Divinópolis, v. 1, n. 2, p. 164-175, abr./jun. 2011.

LANZA, F. M. **Tecnologia do processo de trabalho em Hanseníase**: análise das ações de controle na microrregião de Almenara, Minas Gerais. 2009. 209p. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

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. spe, p. 238-46, 2011a.

LANZA, F. M.; LANA, F. C. F. Decentralization of leprosy control actions in the micro-region of Almenara, State of Minas Gerais. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 187-194, jan./fev. 2011b.

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. 2011c.

LEE, J. H. *et al.* Development of the Korean primary care assessment tool - measuring user experience: tests of data quality and measurement performance. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 21, n. 2, p. 103-11, apr. 2009.

LOCKWOOD, D. N. J.; SHETTY, V.; PENNA; G. O. Hazards of setting targets to eliminate disease: lessons from the leprosy elimination campaign. **BMJ. British Medical Journal (Clinical Research Ed.)**, v. 348, p. 1136-1140, 2014.

LOCKWOOD, D. N. J.; SUNEETHA, S. Leprosy: too complex a disease for a simple elimination paradigm. **Bulletin of the World Health Organization**, Geneve, v. 83, n. 3, p. 230-235, mar. 2005.

LOPES, F. N. **Perspectivas de sujeitos envolvidos em movimentos sociais sobre a hanseníase e seu controle em uma área endêmica**. 2014. 120f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

LUNAU, Y. Sustainability in fighting leprosy – Revitalising high ambitions. **Leprosy Review**, London, v. 81, n. 4, p. 284–286, dec. 2010.

MATA, L. R. F. **Efetividade de um programa de ensino para o cuidado domiciliar de pacientes submetidos à prostatectomia radical: ensaio clínico randomizado**. 2013. 191 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MENEZES, I. G. **Escala de intenções comportamentais de comprometimento organizacional: concepção, desenvolvimento, validação e padronização**. 2006. 355 f. Dissertação [Mestrado em Psicologia] – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção à Saúde do Adulto: Hanseníase**. Belo Horizonte: SAS/MG, 2007a. 62 p. (Coleção Saúde em Casa).

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Supervisão na atenção básica: enfoque em hanseníase**. Belo Horizonte: Coordenadoria Estadual de Dermatologia Sanitária, 2007b. 72 p.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Seminário Estadual de Monitoramento e Avaliação em Hanseníase, Minas Gerais, 2011**. Belo Horizonte: Coordenadoria Estadual de Dermatologia Sanitária, 2012.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Seminário Estadual de Monitoramento e Avaliação em Hanseníase, Minas Gerais, 2012**. Belo Horizonte: Coordenadoria Estadual de Dermatologia Sanitária, 2013.

NODARI, C. H.; OLEA, P. M.; DORION, E. C. H. Relação entre inovação e qualidade da orientação do serviço de saúde para atenção primária. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 5, p. 1243-264, set./out. 2013.

NOGUEIRA, W.; MARZLIAK, M. L. C. Perspectivas da eliminação da hanseníase no Estado de São Paulo e no Brasil. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 30, p. 364-370, jul./set. 1997.

NORMAN, A. H, NORMAN, J. A. PCATool: instrumento de avaliação da atenção primária. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, p. 225-226, out./dez. 2013.

NOVAES, H. M. D. Pesquisa em, sobre e para os serviços de saúde: panorama internacional e questões para a pesquisa em saúde no Brasil. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, supl. 2, p. S147-S173, jan. 2004.

OLIVEIRA, E. B. *et al.* Avaliação da qualidade do cuidado a idosos nos serviços da rede pública de atenção primária à saúde de Porto Alegre, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, 264-73, out./dez. 2013.

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. especial, p. 158-64, sep. 2013.

OLIVEIRA, M. L. W. R. *et al.* Commitment to reducing disability: the Brazilian experience. **Leprosy Review**, London, v. 81, n. 4, p. 342-345, dec. 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Estratégia global aprimorada para redução adicional da carga da hanseníase**: período do plano: 2011-2015. Brasília: OMS, 2010a. 44p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Estratégia global aprimorada para redução adicional da carga da hanseníase**: 2011-2015: diretrizes operacionais (atualizadas). Brasília: OMS, 2010b. 84 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Estratégia global para aliviar a carga da hanseníase e manter as atividades de controle da hanseníase**: período do plano: 2006-2010. Brasília: OMS, 2005. 27 p.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; MINISTÉRIO DA SAÚDE. **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: OPAS, 2006. 215p. (Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde; 10).

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE - OPAS. **Hanseníase Hoje**: Boletim Eliminação da Hanseníase das Américas. Brasília, v. 8, 4 p., 2000.

PANDEY, A.; RATHOD, H. Integration of Leprosy into GHS in India: A Follow up study (2006–2007). **Leprosy Review**, London, v. 81, n. 4, p. 306–317, dec. 2010.

PANNIKAR, V. Enhanced Global Strategy for Further Reducing the Disease Burden Due to Leprosy: 2011–2015. **Leprosy Review**, London, v. 80, n. 4, p. 353-354, dec. 2009.

PASARIN, M. I. *et al.* A Tool to Evaluate Primary Health Care From the Population Perspective. **Atención Primaria**, v. 39, n. 8, p. 395-403, ago. 2007.

PASQUALI L. **Instrumentos psicológicos**: manual prático de elaboração. 1ª ed. Brasília: LabPAM/IBAPP, 1999.

PASQUALI, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 206-213, 1998.

PASQUALI, L. Psicometria. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. esp., p. 992-999, dec. 2009.

PENNA, G. O. *et al.* Doenças dermatológicas de notificação compulsória no Brasil. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v. 86, n. 5, p. 865-877, set./out. 2011.

PENNA, M. L. F. *et al.* Influência do aumento do acesso à atenção básica no comportamento da taxa de detecção de hanseníase de 1980 a 2006. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v. 41, suppl. 2, p. S6-S10, 2008.

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, dec. 2013.

PENNA, M. L. F.; OLIVEIRA, M. L. W. R.; PENNA, G. O. The epidemiological behaviour of leprosy in Brasil. **Leprosy Review**, London, v. 80, n. 3, p. 332-344, sept. 2009.

PISCO, L. A. A avaliação como instrumento de mudança. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 564-576, jul./sep. 2006.

PIZANELLI, M. *et al.* Validación de Primary Care Assessment Tool (PCAT) en Uruguay. **Revista Médica del Uruguay**, Montevideo, v. 27, n. 3, p.187-189, set. 2011.

POCINHO, M. T. S. **Estatística II: teoria e exercícios passo-a-passo**. 2010.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PONCE, M. A. Z. *et al.* Tuberculosis diagnosis and performance assessment of the first health service used by patients in São José do Rio Preto, São Paulo State, Brazil. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.29, n. 5, p. 945-954, may. 2013.

PORTER, J. D. H. *et al.* Lessons in integration - operations research in an Indian leprosy NGO. **Leprosy Review**, London, v. 73, n. 2, p. 147-159, jun. 2002.

RAO, P. S. S. S. *et al.* Elimination of leprosy: the integration of leprosy related activities into the general health services of Tamil Nadu. **Leprosy Review**, London, v. 73, n. 2, p. 123-129, jun. 2002.

RAO, P. S. S. S. Referral system: A vital link in the sustainability of leprosy services. **Leprosy Review**, London, v. 81, n. 4, p. 292–298, dec. 2010.

RAYMUNDO, V. P. Construção e validação de instrumentos: um desafio para a psicolinguística. **Letras de Hoje**, Porto Alegre, v. 44, n. 3, p. 86-93, jul./set. 2009.

RIBEIRO, G. C. **Fatores relacionados à prevalência de incapacidades físicas em Hanseníase na microrregião de Diamantina, Minas Gerais**. 2012. 121 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.

RICHARDUS, J. H.; HABBEMA, D. F. The impact of leprosy control on the transmission of *M. leprae*: is elimination being attained? **Leprosy Review**, London, v. 78, n. 4, p. 330-337, dec. 2007.

SAMY, A. A.; JOSHI, P. L. National Workshop on ‘Best practices to ensure sustainable quality care for leprosy affected persons at the district level referral centres through general health care system’. **Leprosy Review**, London, v. 81, n. 2, p. 162–166, jun. 2010.

SÁNCHEZ, R.; ECHEVERRY, J. Validación de Escalas de Medición en Salud. **Revista de Salud Pública**, Bogotá, v. 6, n. 3, p. 302-318, nov. 2004.

SANTOS, A. S.; CASTRO, D. S.; FALQUETO, A. Fatores de risco para transmissão da Hanseníase. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. esp., p. 738-743, nov. 2008.

SARNO, E. N. *et al.* **Estudos complementares para subsidiarem intervenções visando o controle da hanseníase em municípios do cluster nº. 4 (ES, BA e MG) (Projeto de Pesquisa)**. Rio de Janeiro, 2008. Mimeografado.

SCHRAMM, J. M. A. *et al.* Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 897-908, oct./dec. 2004.

SHI, L.; STARFIELD, B.; JIAHONG, X. Validating the adult primary care assessment tool. **Journal of Family Practice**, v. 50, n. 2, p. 161-175, feb. 2001.

SMITH, W. C. S. Sustaining anti-leprosy activities requires radical changes. **Leprosy Review**, London, v. 81, n. 4, p. 281-283, dec. 2010.

SOUTAR, D. Integration of leprosy services. **Leprosy Review**, London, v. 73, n. 2, p. 109-110, jun. 2002.

SOUTAR, D. Sustainability of leprosy control: the role of the International Federation of Anti-Leprosy Associations (ILEP). **Leprosy Review**, London, v. 81, n. 4, p. 290-291, dec. 2010.

SOUZA, E. M.; GRUNDY, E. Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1354-1360, set./out. 2004.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

STEIN, A. A avaliação dos serviços de saúde deve ser realizada com instrumentos validados **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 22, n. 1, p. 179-181, jan-mar. 2013.

TALHARI, S. *et al.* Hansen's disease: a vanishing disease? **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, v. 107, suppl. 1, p. S13-S16, dec. 2012.

VIEGAS, S. M. F. **A integralidade no cotidiano da Estratégia Saúde da Família em municípios do Vale do Jequitinhonha-Minas Gerais**. 2010. 282 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

VISSCHEDIJK, J. *et al.* Leprosy control strategies and the integration of health services: an international perspective. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1567-1581, nov./dec. 2003.

VITORIA, A. M. *et al.* Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde em Chapecó, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, p. 285-293, out./dez. 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. Global leprosy: update on the 2012 situation. **Weekly Epidemiological Record**, Genebra, v. 88, n. 35, p. 365-380, aug. 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. Leprosy elimination campaigns: impact on case detection. **Weekly Epidemiological Record**, Genebra, v. 78, n. 3, p. 9-16, jan. 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. Leprosy: Global situation. **Weekly Epidemiological Record**, Genebra, v. 77, n. 1, p. 1-8, jan. 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Monitoramento da Eliminação da Hanseníase (LEM)**: manual para monitores. [Genebra], 2000. 40p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. Special campaigns to eliminate leprosy: improving services. **Weekly Epidemiological Record**, Genebra, v. 79, n. 37, p. 329-340, sept. 2004.

WYSOCKI, A. D. *et al.* Atraso na procura pelo primeiro atendimento para o diagnóstico da tuberculose. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 440-447, abr. 2013.

XIMENES NETO, F. R. G. *et al.* An example of political decision to control leprosy in a small municipality in Brasil. **Leprosy Review**, London, v. 81, n. 4, p. 340-341, dec. 2010.



Apêndices

APENDICE A – CARTA CONVITE DO PRIMEIRO PAINEL DE ESPECIALISTAS

Belo Horizonte, 20 de março de 2012

Prezado(a) _____,

Reconhecendo a importância da Vossa Senhoria para o controle da hanseníase no Estado de Minas Gerais, venho pelo presente convidá-lo(a) para participar da validação teórica do questionário que será utilizado na coleta de dados da pesquisa “Avaliação de desempenho dos serviços da atenção primária à saúde na atenção à hanseníase”, que tem como objeto de estudo as características organizacionais e de desempenho dos serviços da APS no controle da hanseníase em municípios mineiros do *cluster* 6. Trata-se de pesquisa vinculada ao doutoramento de Fernanda Moura Lanza, aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da UFMG.

A validação de conteúdo do questionário por especialistas tem como objetivo verificar se o instrumento é adequado para avaliar as características organizacionais e de desempenho dos serviços da atenção primária à saúde na atenção à hanseníase. As instruções para a realização do exame de conteúdo estão no cabeçalho das versões do questionário.

Na expectativa da sua colaboração, subscrevo-me grato e, caso aceite, solicito agenda para discussão da avaliação dos questionários até 12 de abril de 2012. Informo que a Fernanda Lanza entrará em contato oportunamente.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Francisco Carlos Félix Lana
Coordenador da Pesquisa

APENDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – VALIDAÇÃO DE FACE E CONTEÚDO DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NAS AÇÕES DE CONTROLE DA HANSENÍASE

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 à saúde (APS) na atenção à hanseníase.

Sua participação consistirá em participar da etapa de validação de face e de conteúdo do questionário que será utilizado na coleta de dados da pesquisa e você foi selecionado(a) por ser considerado(a) um *expert* em hanseníase. A validação do questionário por especialistas tem como objetivo verificar se o instrumento é adequado para avaliar as características organizacionais e de desempenho dos serviços da atenção primária à saúde na atenção à hanseníase.

A sua participação é voluntária e de seu livre-arbítrio, podendo se recusar a responder quaisquer perguntas 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.

Será assegurado a privacidade completa e anonimato. As respostas poderão ser utilizadas em partes ou na íntegra no relatório final do trabalho e em veículos de divulgação científica. As informações fornecidas servirão para realizar a validação de face e de conteúdo do “**Questionário para avaliação de desempenho dos serviços da atenção primária à saúde na atenção à hanseníase**”, que foi construído baseado no referencial teórico dos atributos da APS (STARFIELD *et al.*, 2003), nos estudos que validaram o Primary Care Assessment Tool validados para o Brasil (BRASIL, 2010b), na Portaria nº 3.125 (BRASIL, 2010a) e na Linha Guia Hanseníase da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2007).

Caso tenha qualquer dúvida pedimos que a esclareça 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: _____

 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

 Fernanda Moura Lanza
 Pesquisadora
 Praça Dom Cristiano, 400, apto 105 -
 Bairro Centro – Divinópolis – MG - CEP:
 35500-004

 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

APENDICE C – CARTA CONVITE DO SEGUNDO PAINEL DE ESPECIALISTAS

Belo Horizonte, 02 de maio de 2012

Prezado(a) _____,

Reconhecendo a importância da Vossa Senhoria em pesquisas sobre a hanseníase/ atributos da atenção primária à saúde, venho por meio desta convidá-lo(a) para participar da validação de conteúdo e de face do questionário que será utilizado na coleta de dados da pesquisa “Avaliação de desempenho dos serviços da atenção primária à saúde na atenção à hanseníase”, que tem como objeto de estudo as características organizacionais e de desempenho dos serviços da APS no controle da hanseníase em municípios mineiros do *cluster* 6. Trata-se de pesquisa vinculada ao doutoramento de Fernanda Moura Lanza, aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da UFMG.

As instruções para a realização do exame de conteúdo e de face estão no cabeçalho do instrumento de coleta de dados.

Na expectativa da sua colaboração, subscrevo-me grato e caso aceite, solicito a devolução dos questionários com sua avaliação até 18 de maio de 2012.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Francisco Carlos Félix Lana
Coordenador da Pesquisa

APÊNDICE D – CARTA-CONVITE USUÁRIOS – PRÉ-TESTE BETIM

Betim, 04 de junho de 2012

Prezado(a) senhor(a),

O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) para participar da primeira etapa 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 verificar se o questionário está adequado para avaliar a qualidade dos serviços da atenção primária à saúde (Posto de Saúde ou Estratégia de Saúde da Família) na atenção à hanseníase no município de Betim.

Sua participação consistirá em responder a um questionário, que contém perguntas sobre as características da unidade de saúde no atendimento à hanseníase, o que não deve levar mais de 45 minutos. Este estudo não provocará nenhum risco para sua saúde, é necessário apenas a sua disponibilidade de tempo para responder o questionário. O questionário não vai registrar seu nome, guardando assim o mais absoluto sigilo sobre as informações fornecidas pelo(a) Sr.(a).

Caso aceite em participar do estudo, os pesquisadores da Universidade Federal de Minas Gerais entrarão em contato com você para agendar a data para a realização da entrevista, que será feita na sua casa ou no seu serviço de saúde.

Caso necessite de maiores informações, poderá entrar em contato 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.

Nome do usuário: _____

Telefone para contato: _____

APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - ETAPA 1 (PRÉ-TESTE DO INSTRUMENTO) – VERSÃO GESTORES/PROFISSIONAIS DE SAÚDE/ACS

Prezado senhor(a),

O Sr.(a) foi convidado(a) para participar da primeira etapa 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. Tem como objetivo validar uma metodologia de avaliação para medir as características organizacionais e de desempenho dos serviços da atenção primária à saúde (APS) na atenção à hanseníase. Com este estudo, se buscará desenvolver uma ferramenta baseada na metodologia testada para avaliação das características organizacionais e do desempenho da APS e a definição de alguns indicadores de atenção primária que sejam práticos, válidos e relevantes.

Após a validação da metodologia de avaliação proposta nessa pesquisa, o questionário será aplicado em municípios endêmicos do nordeste de Minas Gerais. Sua participação consistirá em responder este questionário. 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 no artigo que abordará a metodologia utilizada para a validação do questionário, mas os nomes dos informantes e as informações individuais não serão disponibilizados em rede.

A sua participação é voluntária e de seu livre-arbítrio, podendo se recusar a responder quaisquer perguntas 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 melhor analisar a organização e o desempenho dos serviços de saúde na área da atenção primária no controle da hanseníase.

Caso tenha qualquer dúvida pedimos que a esclareça 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: _____

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

Fernanda Moura Lanza
Pesquisadora
Praça Dom Cristiano, 400, apto 105 -
Bairro Centro – Divinópolis – MG - CEP:
35500-004

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

APÊNDICE F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - ETAPA 1 (PRÉ-TESTE DO INSTRUMENTO) – VERSÃO USUÁRIOS

Prezado(a) senhor(a),

O(a) senhor(a) foi convidado(a) para participar da primeira etapa 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. Tem como objetivo verificar se o questionário está adequado para avaliar a qualidade dos serviços da atenção primária à saúde (APS) na atenção à hanseníase no município de Betim.

Sua participação consistirá em responder a um questionário, que contém perguntas sobre as características da unidade de saúde no atendimento à hanseníase, o que não deve levar mais de 45 minutos e a entrevista será feita na sua casa ou no seu serviço de saúde. Este estudo não implica em nenhum risco para sua saúde, apenas a disponibilidade de tempo para responder o questionário.

O questionário não vai registrar seu nome e os dados serão analisados em seu conjunto, sem relacionar o seu nome à respostas, guardando assim o mais absoluto sigilo sobre as informações fornecidas pelo(a) Sr.(a).

A sua participação é voluntária, sendo que o(a) senhor(a) pode se recusar a responder qualquer pergunta do questionário. O(a) senhor(a) também pode desistir de participar da pesquisa a qualquer momento. A sua participação na pesquisa não lhe trará nenhum benefício individual e a sua recusa em participar também não irá alterar seu atendimento no seu local de consulta. As informações fornecidas servirão para avaliar se o questionário está adequado para avaliar a qualidade dos serviços de saúde. Uma vez avaliado, o questionário será aplicado em municípios do nordeste de Minas Gerais.

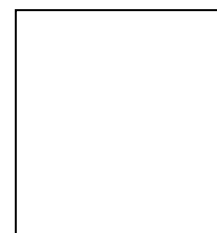
Caso necessite, você poderá também pedir esclarecimentos diretamente com o coordenador da equipe de pesquisadores da Universidade Federal de Minas Gerais, o Prof. Dr. Francisco Carlos Félix Lana, pelos telefones (31)3409-9862, ou ainda pelo e-mail xicolana@ufmg.br.

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: _____



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

Fernanda Moura Lanza
 Pesquisadora
 Praça Dom Cristiano, 400, apto 105 -
 Bairro Centro – Divinópolis – MG - CEP:
 35500-004

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

APÊNDICE G – CARTÃO DE RESPOSTAS DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NAS AÇÕES DE CONTROLE DA HANSENÍASE



CARTÃO DE RESPOSTAS

4	3	2	1	9
COM CERTEZA, SIM	PROVAVELMENTE, SIM	PROVAVELMENTE, NÃO	COM CERTEZA NÃO	NÃO SEI, NÃO LEMBRO

APÊNDICE H – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NAS AÇÕES DE CONTROLE DA HANSENÍASE - versão gestores, profissionais de saúde, agentes comunitários de saúde e usuários utilizados na coleta de dados nos municípios de Almenara, Governador Valadares e Teófilo Otoni

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NAS AÇÕES DE CONTROLE DA HANSENÍASE GESTORES

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	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		
Para as questões B.1 a B.4, insira o código da unidade: 1 – ESF; 2 – PACS; 3 - UBS; 4 – Ambulatório de referência; 5 – Hospital público; 6 – Hospital privado; 7-Consultório particular; 8-Serviço de urgência; 88 - Outros; 99 - não sabe/ não lembra		
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		Quando os usuários de hanseníase precisam de algum cuidado preventivo relacionado à doença (como orientações para prevenção de incapacidades e exame de contatos), 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, 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?
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		Quando a unidade de saúde da APS está fechada, existe outro serviço da rede (ex: pronto atendimento) que o paciente pode procurar devido ao problema de saúde relacionado à hanseníase?
D.8		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?
E.4		Se os pacientes de hanseníase têm alguma pergunta sobre a doença ou dúvida sobre o tratamento, conseguem falar com os mesmos profissionais da unidade de saúde da APS que os atendem?
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
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		Durante os últimos 6 meses, já faltou medicamentos da hanseníase (PQT) nos serviços de saúde do município?
G.5		O município elabora o Plano Anual de Trabalho da hanseníase?
G.6		As diretrizes da Portaria 3.125, do Ministério da Saúde, são utilizadas por você para planejar as ações de controle da hanseníase?
G.7		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.8		Você sabe se foi feita a pactuação da hanseníase na CIB (Comissão Intergestora Bipartite)?
G.9		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.10		A equipe de supervisão municipal de hanseníase e os profissionais da unidade de saúde realizam reuniões periódicas para discussão de casos da doença?
G.11		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.12		No agendamento da consulta com o especialista, o paciente de hanseníase recebe comprovante de marcação da consulta?
G.13		O encaminhamento do paciente de hanseníase ao especialista é acompanhado por formulário contendo as informações necessárias ao atendimento?
G.14		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.15		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.16		Confecção de calçados e palmilhas
G.17		Psicologia
G.18		Fisioterapia
G.19		Terapia ocupacional
G.20		Serviço social
G.21		Neurologia
G.22		Oftalmologia
G.23		Ortopedia
G.24		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		A hanseníase é um problema de saúde importante no município/área de abrangência dessa unidade de saúde?
I.3		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.4		Você realiza o monitoramento dos indicadores da hanseníase do Pacto pela Vida e da PAVS (Programação das Ações de Vigilância em Saúde)? <i>Indicador do Pacto pela Vida: proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das Coortes. Indicadores da PAVS: examinar os contatos intradomiciliares dos casos novos de hanseníase, avaliar o grau de incapacidade física no diagnóstico e na alta e realizar capacitação de pessoal para ações de controle da hanseníase.</i>
I.5		A hanseníase é discutida no Plano Municipal de Saúde?
I.6		A hanseníase é discutida no Conselho Municipal de Saúde?
I.7		O município promove a mobilização de lideranças comunitárias para atuar no controle da hanseníase?
I.8		O município realiza divulgação da hanseníase para a população (ex: rádio, jornais e outros)?
I.9		As unidades de saúde da APS realizam trabalhos educativos para informar a comunidade sobre a hanseníase?
I.10		As unidades de saúde da APS desenvolvem parcerias com as escolas e igrejas para desenvolver ações de divulgação da hanseníase?
I.11		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.12		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 um sistema regular de educação permanente para os profissionais da APS sobre a hanseníase?

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NAS AÇÕES DE CONTROLE DA 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		
Para as questões B.1 a B.4, insira o código da unidade:		
1 – ESF; 2 – PACS; 3 - UBS; 4 – Ambulatório de referência; 5 – Hospital público; 6 – Hospital privado; 7-Consultório particular; 8-Serviço de urgência; 88 - Outros; 99 - não sabe/ não lembra		

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		Quando os usuários de hanseníase precisam de algum cuidado preventivo relacionado à doença (como orientações para prevenção de incapacidades e exame de contatos), eles procuram a unidade de saúde da APS?
C.3		Quando os usuários precisam de uma consulta devido a um novo problema de saúde relacionado à doença, 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?
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.10, se o entrevistado tiver atendido caso de hanseníase. Caso contrário, NSA (não se aplica).		
D.7		Quando a unidade de saúde da APS está fechada, existe outro serviço da rede (ex: pronto atendimento) que o paciente pode procurar devido ao problema de saúde relacionado à hanseníase?
D.8		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.9		O paciente agenda um horário na unidade de saúde para consulta de rotina para a dose supervisionada?
D.10		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.10, 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?
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		
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 manutenção das práticas de autocuidado dos cuidados para a prevenção de incapacidades	<input type="checkbox"/> Sim
Orientações para a realização periódica da avaliação do estado de saúde	<input type="checkbox"/> Sim	Orientações sobre os sinais e sintomas das reações hansênicas	<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		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
	<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)			
G.1		Os prontuários dos pacientes de hanseníase estão disponíveis quando você os atendem?	
No prontuário do paciente consta:			
G.2		Cópia da ficha de notificação/investigação de hanseníase do SINAN?	
G.3		Formulário para avaliação do grau de incapacidade?	
G.4		Formulário para avaliação neurológica simplificada?	

G.5		Formulário de vigilância de contatos intradomiciliares de hanseníase?
G.6		Você anota os dados do atendimento no prontuário do paciente?
G.7		O paciente de hanseníase possui o cartão de aprazamento do tratamento atualizado?
G.8		Os profissionais da unidade de saúde preenchem o boletim de acompanhamento do caso mensalmente para a vigilância epidemiológica?
G.9		Existe protocolo ou fluxograma de atendimento de hanseníase no município?
G.10		Você segue esse protocolo / fluxograma para realizar os atendimentos de hanseníase?
G.11		As diretrizes da Portaria 3.125, do Ministério da Saúde, são utilizadas por você para realizar os atendimentos aos pacientes de hanseníase?
G.12		O médico aguarda o resultado da baciloscopia para iniciar o tratamento da hanseníase?
G.13		Durante os últimos 6 meses, já faltou medicamentos da hanseníase (PQT) nos serviços de saúde do município?
G.14		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.15		A equipe de supervisão municipal de hanseníase e os profissionais da unidade de saúde realizam reuniões periódicas para discussão de casos de hanseníase?
G.16		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.17		No agendamento da consulta com o especialista, o paciente de hanseníase recebe comprovante de marcação da consulta?
G.18		O encaminhamento do paciente de hanseníase ao especialista é acompanhado por formulário contendo as informações necessárias ao atendimento?
G.19		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.20		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.21		Confecção de calçados e palmilhas
G.22		Psicologia
G.23		Fisioterapia
G.24		Terapia ocupacional
G.25		Serviço social
G.26		Oftalmologia
G.27		Neurologia
G.28		Ortopedia
G.29		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		A hanseníase é um problema de saúde importante na área de abrangência dessa unidade de saúde?
I.3		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.4		O município promove a mobilização de lideranças comunitárias para atuar no controle da hanseníase?
I.5		A unidade de saúde realiza trabalhos educativos (sala de espera, distribuição de panfletos e palestras) para informar a comunidade sobre a hanseníase?
I.6		A unidade de saúde desenvolve parcerias com as escolas e igrejas para desenvolver ações de divulgação da hanseníase?
I.7		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, foi abordado o tema hanseníase?
J.2		Durante a sua graduação, você teve disciplinas ou estágios que permitiram vivenciar a temática da hanseníase?
J.3		Você se considera qualificado (a) para atender hanseníase?
J.4		Há um sistema regular de educação permanente para os profissionais da APS sobre a hanseníase?

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NAS AÇÕES DE CONTROLE DA HANSENÍASE USUÁRIOS

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 USUÁRIO		
A.1	Nome do usuário:	
A.2	Endereço:	
INFORMAÇÕES DA FICHA DE NOTIFICAÇÃO DO SINAN:		
A.3	Número do SINAN:	
A.4	Data da notificação:	
A.5	Forma clínica da hanseníase	
	Indeterminada	1()
	Tuberculóide	2()
	Dimorfa	3()
	Virchowiana	4()
A.6	Classificação operacional da hanseníase	
	Paucibacilar	1()
	Multibacilar	2()
A.7	Modo de detecção de caso novo	
	Encaminhamento	1()
	Demanda espontânea	2()
	Exame de coletividade	3()
	Exame de contatos	4()
	Outros modos	5()
	Ignorado	9()

A.8	Baciloscopia		
		Positiva	1()
		Negativa	2()
		Não realizada	3()
		Ignorado	9()
A.9	Avaliação do grau de incapacidade física no diagnóstico		
		Grau 0	1()
		Grau 1	2()
		Grau 2	3()
		Ignorado/ Não avaliado	4()
A.10	Data do início do tratamento:		
A.11	Tratamento		
		PQT/PB	1()
		PQT/MB	2()
		Outros esquemas substitutivos	3()
A.12	Número de contatos registrados:		
A.13	Número de contatos examinados:		
A.14	Avaliação do grau de incapacidade física na alta		
		Grau 0	1()
		Grau 1	2()
		Grau 2	3()
			Ignorado/ Não avaliado
		Paciente em vigência do tratamento PQT	5()
INFORMAÇÕES SÓCIO-DEMOGRÁFICAS			
A.15	Sexo		
		Masculino	1()
		Feminino	2()
A.16	Idade:		
A.17	Estado civil		

	Solteiro	1()
	Casado	2()
	Amasiado	3()
	Separado/divorciado	4()
	Viúvo	5()
	Outro (_____)	6()
A.18	Ocupação:	
A.19	Renda familiar em salários mínimos (SM)	
	1 SM	1()
	2 SM	2()
	3 SM	3()
	4 SM	4()
	5 ou mais	5()
	Recusou responder	6()
	Não recebe	1()
	Bolsa família	2()
	Aposentadoria ou Pensão	3()
	Outro (_____)	4()
A.20	Qual foi a última série escolar que você estudou?	
	Sem escolaridade	1()
	Ensino fundamental (incompleto)	2()
	Ensino fundamental (completo)	3()
	Ensino Médio (incompleto)	4()
	Ensino médio (completo)	5()
	Educação de Jovens e Adultos (EJA) ou Supletivo (incompleto)	6()
	Educação de Jovens e Adultos (EJA) ou Supletivo (completo)	7()
	Ensino superior (incompleto)	8()
	Ensino superior (completo)	9()
A.21	O local onde você vive é:	
	Próprio	1()

		Alugado	2()
		Cedido	3()
		Outro (_____)	4()
VOCÊ POSSUI?			
A.22	Água encanada		
		Sim	1()
		Não	2()
A.23	Esgoto encanado		
		Sim	1()
		Não	2()
A.24	Luz elétrica		
		Sim	1()
		Não	2()
A.25	Geladeira		
		Sim	1()
		Não	2()
A.26	Televisão		
		Sim	1()
		Não	2()
A.27	Rádio		
		Sim	1()
		Não	2()
A.28	Banheiro dentro de casa		
		Sim	1()
		Não	2()
A.29	Carro		
		Sim	1()
		Não	2()
A.30	Telefone celular/ fixo		
		Sim	1()

		Não	2 ()
B. GRAU DE AFILIAÇÃO			
B.1		Qual a unidade de saúde que você é cadastrado?	
B.2		Qual unidade de saúde é mais responsável pelo seu atendimento?	
B.3		Qual é a unidade de saúde que você geralmente vai quando fica doente?	
B.4		Qual foi o primeiro serviço de saúde que você procurou quando começou a ter esses sintomas da hanseníase?	
B.5		Qual foi o serviço de saúde que descobriu (diagnosticou) que você estava com hanseníase?	
B.6		Em qual serviço de saúde que você realiza(ou) o tratamento da hanseníase?	
Você usa(ou) prednisona ou talidomida? () Sim () Não. Se SIM, responda a questão B.7			
B.7		Em qual serviço de saúde você foi atendido?	
GRAU DE AFILIAÇÃO – COMPONENTE DE ESTRUTURA DO ATRIBUTO ATENDIMENTO CONTINUADO			

GRAU DE AFILIAÇÃO COM SERVIÇO DE APS (B1, B2 e B3):

Todas as respostas indicam um serviço que não é da rede de APS B1 ≠ B2 ≠ B3	Grau de Afiliação = 1
Todas as respostas são diferentes, mas uma indica um serviço da rede de APS B1 ≠ B2 ≠ B3	Grau de Afiliação = 2
Duas respostas indicam um serviço da rede de APS e são iguais B1=B2 ou B1=B3 ou B2=B3	Grau de Afiliação = 3
Todas as respostas indicam um serviço da rede de APS e são iguais B1 = B2 = B3	Grau de Afiliação = 4

GRAU DE AFILIAÇÃO COM SERVIÇO DE APS PARA TRATAMENTO DA HANSENÍASE (B4, B5 e B6):

Todas as respostas indicam um serviço de atenção secundária da hanseníase B4 ≠ B5 ≠ B6	Grau de Afiliação = 1
Todas as respostas são diferentes, mas uma indica um serviço da rede de APS B4 ≠ B5 ≠ B6	Grau de Afiliação = 2
Duas respostas indicam um serviço da rede de APS e são iguais B4=B5 ou B4=B6 ou B5=B6	Grau de Afiliação = 3

Todas as respostas indicam um serviço da rede de APS e são iguais B4 = B5 = B6		Grau de Afiliação = 4
C. PORTA DE ENTRADA		
Sempre remeter “unidade de saúde da APS” à resposta da questão B.6 (serviço onde realiza o tratamento da hanseníase)		
C.1		A unidade de saúde da APS foi o primeiro local que você procurou quando apresentou os sinais e sintomas da hanseníase?
C.2		Quando você precisou de algumas orientações de cuidados com os olhos, mãos e pés e exame dos familiares, você procurou a unidade de saúde da APS?
Somente responder a questão C.3 caso o paciente tenha apresentado neurite, reações hansênicas ou reações medicamentosas. Caso contrário, NSA (não se aplica)		
C.3		Quando você precisa de uma consulta devido a um novo problema de saúde relacionado à hanseníase, você procura a unidade de saúde da APS?
Somente responder a questão C.4 caso o paciente foi encaminhamento ao especialista. Caso contrário, NSA (não se aplica)		
C.4		Você teve que realizar consulta na unidade de saúde da APS para ser encaminhado para uma avaliação de hanseníase com especialista (Ex: dermatologista)?
D. ACESSO		
Sempre remeter “unidade de saúde” à resposta da questão B.6 (serviço onde realiza o tratamento da hanseníase)		
D.1		A unidade de saúde fica aberta depois das 18 horas pelo menos um dia durante a semana?
D.2		Quando a unidade está aberta, existe um número de telefone para pedir informações?
D.3		Você tem dificuldade de deslocamento até a unidade de saúde?
D.4		Você tem que utilizar ônibus, carro ou moto para chegar à unidade de saúde?
D.5		Você perde o turno de trabalho para ser atendido na unidade de saúde?
D.6		Quando você procurou a unidade de saúde com a queixa dos sintomas da hanseníase, você conseguiu consulta com o médico ou enfermeiro no prazo de 24 horas?
D.7		Quando a unidade de saúde está fechada, existe outro serviço (Ex: pronto atendimento) que você pode procurar se você tiver passando mal por causa da hanseníase?
D.8		Você agenda um horário na unidade de saúde para receber a dose supervisionada?
D.9		Quando você chega à unidade de saúde, você tem que esperar mais de 30 minutos para receber a dose supervisionada?
Somente responder a questão D.10 caso o paciente tenha apresentado neurite, reações hansênicas ou reações medicamentosas. Caso contrário, NSA (não se aplica)		
D.10		Você conseguiu atendimento na unidade de saúde no prazo de 24 horas quando você apresentou um novo problema de saúde relacionado à hanseníase (ex: dor nos nervos, reações medicamentosas, reações hansênicas)?
E. ATENDIMENTO CONTINUADO		
Sempre remeter “unidade de saúde” à resposta da questão B.6 (serviço onde realiza o tratamento da hanseníase)		
E.1		Quando você vai à unidade de saúde para uma consulta de hanseníase, é o mesmo médico que o atende todas as vezes?
E.2		Quando você vai à unidade de saúde para uma consulta de hanseníase, é o mesmo enfermeiro que o atende todas as vezes?
E.3		O médico ou enfermeiro conhece toda a sua história de saúde (Ex: outras doenças que você tem ou já teve, ou cirurgias realizadas)?
E.4		O médico ou enfermeiro pergunta sobre todos os remédios que você está utilizando?

E.5		O médico ou enfermeiro pergunta se você tem problemas para pagar pelos remédios que o SUS não fornece e outros produtos que você precisa?
E.6		Se você tem alguma pergunta sobre a doença ou dúvida sobre o tratamento, você consegue falar com o médico ou enfermeiro que o atende na unidade de saúde?
E.7		O médico ou enfermeiro responde as suas perguntas de maneira que você entenda?
E.8		O médico ou enfermeiro dá tempo suficiente para você falar as suas preocupações e tirar as suas dúvidas?
E.9		O médico ou enfermeiro pergunta se a hanseníase dificulta a realização de atividades do seu dia-a-dia?
E.10		O médico ou enfermeiro sabe a respeito do seu trabalho?
E.11		Você está satisfeito com o atendimento da unidade de saúde?
F. INTEGRALIDADE		
INTEGRALIDADE DOS SERVIÇOS DISPONÍVEIS		
Responda as questões F.1 a F.17 de acordo com a resposta da questão B.6 (serviço onde realiza o tratamento da hanseníase)		
Os seguintes serviços estão disponíveis na unidade de saúde?		
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 esquistossomose, dengue e tuberculose
F.11		Atendimento de hipertensão arterial, diabetes e 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		
Responda as questões F.18 a F.43 de acordo com a resposta da questão B.6 (serviço onde realiza o tratamento da hanseníase)		

Em relação à hanseníase, a unidade de saúde realiza(ou) esses serviços?		
F.18		Orientações sobre o que é a hanseníase e como se pega a doença
F.19		Avaliação da pele com a realização do teste de sensibilidade quente/frio
F.20		Avaliação da pele com a realização do teste de sensibilidade com algodão
F.21		Avaliação da pele com a realização do teste de sensibilidade com os monofilamentos (estesiômetros)
F.22		Palpação dos nervos periféricos
F.23		Teste de sensibilidade das mãos e pés com a utilização dos monofilamentos (estesiômetros)
F.24		Teste de sensibilidade dos olhos com a utilização do fio dental sem sabor
F.25		Avaliação da força motora
F.26		Avaliação da acuidade visual com a aplicação da escala de Snellen
F.27		Solicitação de exames de sangue no início do tratamento da hanseníase
F.28		Baciloscopia no município
F.29		Avaliação das pessoas que moram com você (exame de contatos)
F.30		Aplicação de BCG nas pessoas que moram com você
F.31		Consulta mensal para avaliação da sua saúde quando você vai a unidade de saúde receber a dose supervisionada
F.32		Orientações sobre o uso correto dos remédios da hanseníase e as principais reações causadas por eles
F.33		Orientações sobre os cuidados com os olhos, mãos e pés
F.34		Orientações para retorno imediato à unidade de saúde em caso de aparecimento de novas manchas na pele, dores nos nervos e diminuição da força motora
F.35		Realização do teste de sensibilidade dos olhos, mãos e pés e avaliação da força muscular de 3 em 3 meses
F.36		Oferecimento dos outros serviços disponíveis na unidade de saúde
Somente responder as questões F.37 e F.38 se caso o paciente estiver em alta. Caso contrário, NSA (não se aplica)		
F.37		Realização do teste de sensibilidade dos olhos, mãos, pés e avaliação da força muscular no término do tratamento.
F.38		Orientações sobre os cuidados após a alta por cura, como o acompanhamento periódico pelos profissionais e manutenção dos cuidados com os olhos, mãos e pés
Se o entrevistado respondeu a pergunta B.10 (se teve reação hansênica), responda as questões F.39 a F.43		
F.39		Palpação de nervos periféricos, teste da força muscular, teste de sensibilidade dos olhos, mãos e pés, quinzenalmente ou mensalmente
F.40		Orientação para colocar o membro afetado em repouso
F.41		Início do tratamento na unidade de saúde com a prednisona
F.42		Encaminhamento para o serviço de referência
F.43		Acompanhamento da glicemia de jejum (glicose no sangue), do peso corporal e da pressão arterial por causa do uso de prednisona
G. COORDENAÇÃO		

Sempre remeter “unidade de saúde” à resposta da questão B.6 (serviço onde realiza o tratamento da hanseníase)		
G.1		O médico ou enfermeiro tem disponível o seu prontuário quando você está sendo atendido?
G.2		Durante o seu atendimento, o médico ou enfermeiro anota os dados da sua consulta no seu prontuário?
G.3		Você tem o cartão de agendamento do tratamento da hanseníase atualizado?
G.4		O médico aguardou o resultado da baciloscopia para iniciar o tratamento da hanseníase?
G.5		Durante o seu tratamento, já faltou medicamentos da hanseníase?
Somente responder caso o paciente ter sido encaminhado ao especialista. Caso contrário, NSA (não se aplica)		
Você já foi em alguma consulta com especialista por causa da hanseníase?		
Se NÃO , siga para o atributo ORIENTAÇÃO FAMILIAR		
Se SIM , responda as perguntas G.6 a G.19		
G.6		No agendamento da consulta com o especialista, você recebeu comprovante de marcação de consulta?
G.7		O médico ou enfermeiro da unidade de saúde escreveu um relatório para o especialista a respeito do motivo da consulta?
G.8		Você retornou à unidade de saúde com o relatório sobre os resultados da consulta realizada com o especialista?
G.9		O médico ou enfermeiro da sua unidade de saúde conversou com você sobre os resultados da consulta realizada com o especialista?
Para qual (is) serviço(s) de saúde você foi encaminhado? Responda: S – sim; N – não		
G.10		Ambulatório de referência para a hanseníase
G.11		Confecção de calçados e palmilhas
G.12		Psicologia
G.13		Fisioterapia
G.14		Terapia ocupacional
G.15		Serviço social
G.16		Oftalmologia
G.17		Neurologia
G.18		Ortopedia
G.19		Hospital Eduardo de Menezes ou Hospital das Clínicas
H. ORIENTAÇÃO FAMILIAR		
Sempre remeter “unidade de saúde” à resposta da questão B.6 (serviço onde realiza o tratamento da hanseníase)		
H.1		O médico ou enfermeiro sabe quem mora com você?
H.2		O médico ou enfermeiro pede informações sobre doenças de outras pessoas da sua família, como por exemplo, hipertensão arterial, diabetes e câncer?
H.3		O médico ou enfermeiro pergunta para você se as pessoas da sua família possuem manchas ou áreas da pele com perda ou diminuição da sensibilidade?

H.4		Os profissionais de saúde (médico, enfermeiro ou ACS) orientam você e seus familiares sobre a realização do exame da família?
H.5		Os profissionais de saúde (médico, enfermeiro ou ACS) conversam com as pessoas da sua família sobre a hanseníase?
H.6		O médico ou enfermeiro solicita que uma pessoa da sua família o acompanhe no dia-a-dia do seu tratamento?
H.7		Os profissionais de saúde (médico, enfermeiro ou ACS) conversam com as pessoas que moram com você sobre os cuidados que você precisa ter com os olhos, mãos e pés?
H.8		Os profissionais de saúde (médico, enfermeiro ou ACS) conversam com as pessoas que moram com você sobre a possibilidade de aparecimento de novas manchas na pele, caroços e dor nos nervos durante ou após o tratamento da hanseníase?
Somente responda a questão H.10 caso o paciente tenha recebido alta por cura. Caso contrário NSA (não se aplica)		
H.9		Os profissionais de saúde (médico, enfermeiro ou ACS) conversam com as pessoas que moram com você sobre os cuidados após a alta por cura?
I. ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA		
Sempre remeter "unidade de saúde" à resposta da questão B.6 (serviço onde realiza o tratamento da hanseníase)		
I.1		Antes de você ter hanseníase, você recebia visitas domiciliares dos profissionais (médico, enfermeiro ou ACS) da unidade de saúde?
I.2		Você recebe visitas domiciliares dos profissionais (médico, enfermeiro ou ACS) da unidade de saúde por causa da hanseníase?
I.3		Você já viu matérias sobre a hanseníase na televisão, rádio e jornais?
I.4		A unidade de saúde realiza palestras e entrega de panfletos para informar a comunidade sobre a hanseníase?
I.5		As escolas e igrejas realizam divulgação da hanseníase para a comunidade?
I.6		A unidade de saúde realiza atividades na comunidade para identificar pessoas que possuem manchas (ex: dia da mancha)?

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NAS AÇÕES DE CONTROLE DA 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	
Para as questões B.1 a B.4, insira o código da unidade: 1 – ESF; 2 – PACS; 3 - UBS; 4 – Ambulatório de referência; 5 – Hospital público; 6 – Hospital privado; 7-Consultório particular; 8-Serviço de urgência; 88 - Outros; 99 - não sabe/ não lembra	
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		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 sua microárea tem dificuldade de deslocamento até a unidade de saúde da APS?
D.4		Os usuários da sua microárea tem que utilizar algum tipo de transporte motorizado para chegarem à unidade de saúde da APS?
D.5		Os usuários da sua microárea 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 com algum profissional de saúde (médico ou enfermeiro) no prazo de 24 horas?
Somente responda a questões D.7 a D.10, se o entrevistado tiver atendido caso de hanseníase. Caso contrário, NSA (não se aplica).		
D.7		Quando a unidade de saúde está fechada, existe outro serviço da rede (ex: pronto atendimento) que o paciente pode procurar devido ao problema de saúde relacionado à hanseníase?
D.8		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.9		O paciente agenda um horário na unidade de saúde para consulta de rotina para a dose supervisionada?
D.10		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.10, 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 os outros problemas de saúde que o paciente de hanseníase apresenta?
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 (Ex: colírio, prednisona, protetor solar, hidratante corporal)?
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 realização das atividades diárias (Ex: trabalho, atividades domésticas, e de autocuidado)?
E.10		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		Aconselhamento sobre alimentação saudável
F.16		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.17		Orientações sobre o uso correto dos medicamentos da PQT e os principais efeitos adversos
F.18		Supervisão da dose diária da PQT quando necessário
F.19		Nas suas visitas domiciliares você observa os olhos, mãos e pés do paciente de hanseníase para detectar anormalidades?
F.20		Orientações para o paciente de hanseníase sobre os cuidados com olhos, mãos e pés para prevenção de incapacidades.
F.21		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.22		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.
F.23		Oferecimento dos outros serviços disponíveis na unidade de saúde
G. COORDENAÇÃO		
G.1		Existe protocolo de atribuições dos ACS para a realização de ações de hanseníase nas visitas domiciliares?
G.2		Você segue esse protocolo de atribuições para realizar as visitas domiciliares de hanseníase?
G.3		As informações das cartilhas de hanseníase do Ministério da Saúde são utilizadas por você para realizar as visitas domiciliares?
Somente responda a questão G.4 se o entrevistado tiver atendido caso de hanseníase. Caso contrário, NSA (não se aplica).		
G.4		Durante o acompanhamento do caso de hanseníase, você preenche a Ficha B – Hanseníase - do SIAB?
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)?
I. ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA		
I.1		Você realiza visita domiciliar ao paciente com hanseníase?
I.2		Você conhece os casos de hanseníase da sua microárea?
I.3		A hanseníase é um problema de saúde importante na área de abrangência dessa unidade de saúde?
I.4		A unidade de saúde realiza trabalhos educativos (sala de espera, distribuição de panfletos e palestras) para informar a comunidade sobre a hanseníase?
I.5		A unidade de saúde desenvolve parcerias com as escolas e igrejas para desenvolver ações de divulgação da hanseníase?
I.6		Nas visitas domiciliares, você realiza a divulgação da hanseníase para a população da sua microárea?
I.7		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?

APÊNDICE I – CARTÃO DE RESPOSTAS USUÁRIO



CARTÃO DE RESPOSTAS

4	3	2	1	9
SIM	ÀS VEZES	RARAMENTE	NÃO	NÃO SEI, NÃO LEMBRO
				

APÊNDICE J- CARTA CONVITE – USUÁRIOS DE HANSENÍASE - COLETA DE DADOS NOS MUNICÍPIOS DE ALMENARA, GOVERNADOR VALADARES E TEÓFILO OTONI



Pesquisa:

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

Carta convite para os usuários

O(a) senhor(a) está sendo 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 a qualidade dos postos de saúde no atendimento da hanseníase. As informações fornecidas servirão para conhecer o desempenho dos postos de saúde do seu município e sugerir possíveis melhorias.

Sua participação consistirá em responder a um questionário, que contém perguntas sobre as características do posto de saúde no atendimento à hanseníase, o que não deve levar mais de 45 minutos. Este estudo não provocará nenhum risco para sua saúde e é necessário apenas a sua disponibilidade de tempo para responder o questionário. O questionário não vai registrar seu nome, guardando assim o sigilo sobre as informações fornecidas pelo(a) Sr.(a).

Caso aceite em participar do estudo, os pesquisadores da Universidade Federal de Minas Gerais entrarão em contato com você para agendar a data para a realização da entrevista, que será feita na sua casa ou no seu posto de saúde. Para que os pesquisadores possam entrar em contato com você, peço para que informe ao profissional de saúde o seu número de telefone (fixo ou celular).

Caso necessite de maiores informações, poderá entrar em contato 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.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Francisco Carlos Félix Lana
Coordenador da Pesquisa

Nome do usuário: _____

Telefone para contato: _____

Endereço: _____

APÊNDICE L – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO UTILIZADO NA COLETA DE DADOS NOS MUNICÍPIOS DE ALMENARA, GOVERNADOR VALADARES E TEÓFILO OTONI



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.

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: _____

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

Fernanda Moura Lanza
Pesquisadora
Praça Dom Cristiano, 400, apto 105 - Bairro
Centro – Divinópolis – MG - CEP: 35500-004

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



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – VERSÃO USUÁRIOS

Prezado(a) senhor(a),

O(a) senhor(a) foi convidado (a) para participar da pesquisa “**Avaliação do 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 o desempenho das unidades de saúde na realização das ações de hanseníase.

Sua participação consistirá em responder a um questionário que contém perguntas sobre as características da unidade de saúde no atendimento à hanseníase. A entrevista para responder as perguntas do questionário será feita na sua casa ou na sua unidade de saúde e não deve levar mais de 45 minutos. Este estudo não implica em nenhum risco para sua saúde, apenas a disponibilidade de tempo para responder as perguntas.

O questionário não vai registrar seu nome e os dados serão analisados em seu conjunto, sem relacionar o seu nome à respostas, guardando assim o sigilo sobre as informações fornecidas pelo(a) Sr.(a).

A sua participação é voluntária, sendo que o(a) senhor(a) pode recusar a responder qualquer pergunta do questionário. O(a) senhor(a) também pode desistir de participar da pesquisa a qualquer momento. A sua participação na pesquisa não lhe trará nenhum benefício individual e a sua recusa em participar também não irá alterar seu atendimento no seu local de consulta. As informações fornecidas servirão para conhecer o desempenho dos serviços de saúde do seu município na realização das ações de hanseníase e sugerir possíveis melhorias.

Caso necessite, você poderá pedir esclarecimentos 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: _____

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

Fernanda Moura Lanza
Pesquisadora
Praça Dom Cristiano, 400, apto 105 - Bairro
Centro – Divinópolis – MG - CEP: 35500-004

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

APÊNDICE M – INSTRUMENTOS VALIDADOS

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NAS AÇÕES DE CONTROLE DA 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?

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NAS AÇÕES DE CONTROLE DA 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		
<p>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).</p> <p>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).</p>		
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	
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 manutenção das práticas de autocuidado dos cuidados para a prevenção de incapacidades	<input type="checkbox"/> Sim
Orientações para a realização periódica da avaliação do estado de saúde	<input type="checkbox"/> Sim	Orientações sobre os sinais e sintomas das reações hansênicas	<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		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
	<input type="checkbox"/> Sim	Acompanhamento periódico da pressão arterial	<input type="checkbox"/> Sim
	<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?

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NAS AÇÕES DE CONTROLE DA HANSENÍASE GESTORES

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	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?

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NAS AÇÕES DE CONTROLE DA HANSENÍASE USUÁRIOS

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 USUÁRIO		
A.1	Nome do usuário:	
A.2	Endereço:	
INFORMAÇÕES DA FICHA DE NOTIFICAÇÃO DO SINAN:		
A.3	Número do SINAN:	
A.4	Data da notificação:	
A.5	Forma clínica da hanseníase	
	Indeterminada	1()
	Tuberculóide	2()
	Dimorfa	3()
	Virchowiana	4()
A.6	Classificação operacional da hanseníase	
	Paucibacilar	1()
	Multibacilar	2()
A.7	Modo de detecção de caso novo	
	Encaminhamento	1()
	Demanda espontânea	2()
	Exame de coletividade	3()
	Exame de contatos	4()
	Outros modos	5()
	Ignorado	9()
A.8	Baciloscopia	
	Positiva	1()
	Negativa	2()
	Não realizada	3()

		Ignorado	9()
A.9	Avaliação do grau de incapacidade física no diagnóstico		
		Grau 0	1()
		Grau 1	2()
		Grau 2	3()
		Ignorado/ Não avaliado	4()
A.10	Data do início do tratamento:		
A.11	Tratamento		
		PQT/PB	1()
		PQT/MB	2()
		Outros esquemas substitutivos	3()
A.12	Número de contatos registrados:		
A.13	Número de contatos examinados:		
A.14	Avaliação do grau de incapacidade física na alta		
		Grau 0	1()
		Grau 1	2()
		Grau 2	3()
		Ignorado/ Não avaliado	4()
		Paciente em vigência do tratamento PQT	5()
INFORMAÇÕES SÓCIO-DEMOGRÁFICAS			
A.15	Sexo		
		Masculino	1()
		Feminino	2()
A.16	Idade:		
A.17	Estado civil		
		Solteiro	1()
		Casado	2()
		Amasiado	3()
		Separado/divorciado	4()
		Viúvo	5()
		Outro (_____)	6()
A.18	Ocupação:		

A.19	Renda familiar em salários mínimos (SM)	
	1 SM	1()
	2 SM	2()
	3 SM	3()
	4 SM	4()
	5 ou mais	5()
	Recusou responder	6()
	Não recebe	1()
	Bolsa família	2()
	Aposentadoria ou Pensão	3()
Outro (_____)	4()	
A.20	Qual foi a última série escolar que você estudou?	
	Sem escolaridade	1()
	Ensino fundamental (incompleto)	2()
	Ensino fundamental (completo)	3()
	Ensino Médio (incompleto)	4()
	Ensino médio (completo)	5()
	Educação de Jovens e Adultos (EJA) ou Supletivo (incompleto)	6()
	Educação de Jovens e Adultos (EJA) ou Supletivo (completo)	7()
	Ensino superior (incompleto)	8()
	Ensino superior (completo)	9()
A.21	O local onde você vive é:	
	Próprio	1()
	Alugado	2()
	Cedido	3()
	Outro (_____)	4()
VOCÊ POSSUI?		
A.22	Água encanada	
	Sim	1()
	Não	2()
A.23	Esgoto encanado	
	Sim	1()
	Não	2()

A.24	Luz elétrica	Sim	1()
		Não	2()
A.25	Geladeira	Sim	1()
		Não	2()
A.26	Televisão	Sim	1()
		Não	2()
A.27	Rádio	Sim	1()
		Não	2()
A.28	Banheiro dentro de casa	Sim	1()
		Não	2()
A.29	Carro	Sim	1()
		Não	2()
A.30	Telefone celular/ fixo	Sim	1()
		Não	2()
B. GRAU DE AFILIAÇÃO			
B.1		Qual a unidade de saúde que você é cadastrado?	
B.2		Qual unidade de saúde é mais responsável pelo seu atendimento?	
B.3		Qual é a unidade de saúde que você geralmente vai quando fica doente?	
B.4		Qual foi o primeiro serviço de saúde que você procurou quando começou a ter esses sintomas da hanseníase?	
B.5		Qual foi o serviço de saúde que descobriu (diagnosticou) que você estava com hanseníase?	
B.6		Em qual serviço de saúde que você realiza(ou) o tratamento da hanseníase?	
Você usa(ou) prednisona ou talidomida? () Sim () Não. Se SIM, responda a questão B.7			
B.7		Em qual serviço de saúde você foi atendido?	

GRAU DE AFILIAÇÃO – COMPONENTE DE ESTRUTURA DO ATRIBUTO ATENDIMENTO CONTINUADO

GRAU DE AFILIAÇÃO COM SERVIÇO DE APS (B1, B2 e B3):	
Todas as respostas indicam um serviço que não é da rede de APS B1 ≠ B2 ≠ B3	Grau de Afiliação = 1
Todas as respostas são diferentes, mas uma indica um serviço da rede de APS B1 ≠ B2 ≠ B3	Grau de Afiliação = 2
Duas respostas indicam um serviço da rede de APS e são iguais B1=B2 ou B1=B3 ou B2=B3	Grau de Afiliação = 3
Todas as respostas indicam um serviço da rede de APS e são iguais B1 = B2 = B3	Grau de Afiliação = 4

GRAU DE AFILIAÇÃO COM SERVIÇO DE APS PARA TRATAMENTO DA HANSENÍASE (B4, B5 e B6):	
Todas as respostas indicam um serviço de atenção secundária da hanseníase B4 ≠ B5 ≠ B6	Grau de Afiliação = 1
Todas as respostas são diferentes, mas uma indica um serviço da rede de APS B4 ≠ B5 ≠ B6	Grau de Afiliação = 2
Duas respostas indicam um serviço da rede de APS e são iguais B4=B5 ou B4=B6 ou B5=B6	Grau de Afiliação = 3
Todas as respostas indicam um serviço da rede de APS e são iguais B4 = B5 = B6	Grau de Afiliação = 4

C. PORTA DE ENTRADA

Sempre remeter “unidade de saúde da APS” à resposta da questão B.6 (serviço onde realiza o tratamento da hanseníase)		
C.1		A unidade de saúde da APS foi o primeiro local que você procurou quando apresentou os sinais e sintomas da hanseníase?
C.2		Você procura(ou) a unidade de saúde da APS para a realização do exame dos seus familiares e para orientações sobre os cuidados com os olhos, mãos e pés para prevenção de incapacidades?
Somente responder a questão C.3 caso o paciente tenha apresentado neurite, reações hansênicas ou reações medicamentosas. Caso contrário, NSA (não se aplica)		
C.3		Quando você precisa(ou) de uma consulta devido a um novo problema de saúde relacionado à hanseníase (como aparecimento de novas manchas, dor nos nervos periféricos e outros), você procura(ou) a unidade de saúde da APS?
Somente responder a questão C.4 caso o paciente foi encaminhamento ao especialista. Caso contrário, NSA (não se aplica)		
C.4		Você teve que realizar consulta na unidade de saúde da APS para ser encaminhado para uma avaliação de hanseníase com especialista (Ex: dermatologista)?

D. ACESSO

Sempre remeter “unidade de saúde” à resposta da questão B.6 (serviço onde realiza o tratamento da hanseníase)

D.1		A unidade de saúde fica aberta depois das 18 horas pelo menos um dia durante a semana?
D.2		Quando a unidade está aberta, existe um número de telefone para pedir informações?
D.3		Você tem dificuldade de deslocamento até a unidade de saúde?
D.4		Você tem que utilizar ônibus, carro ou moto para chegar à unidade de saúde?
D.5		Você perde o turno de trabalho para ser atendido na unidade de saúde?
D.6		Quando você procurou a unidade de saúde com a queixa dos sintomas da hanseníase, você conseguiu consulta com o médico ou enfermeiro no prazo de 24 horas?
D.7		Você agenda um horário na unidade de saúde para receber a dose supervisionada?
D.8		Quando você chega à unidade de saúde, você tem que esperar mais de 30 minutos para receber a dose supervisionada?
Somente responder a questão D.9 caso o paciente tenha apresentado neurite, reações hansênicas ou reações medicamentosas. Caso contrário, NSA (não se aplica)		
D.9		Você conseguiu atendimento na unidade de saúde no prazo de 24 horas quando você apresentou um novo problema de saúde relacionado à hanseníase (ex: dor nos nervos, reações medicamentosas, reações hansênicas)?
E. ATENDIMENTO CONTINUADO		
Sempre remeter “unidade de saúde” à resposta da questão B.6 (serviço onde realiza o tratamento da hanseníase)		
E.1		Quando você vai à unidade de saúde para uma consulta de hanseníase, é o mesmo médico que o atende todas as vezes?
E.2		Quando você vai à unidade de saúde para uma consulta de hanseníase, é o mesmo enfermeiro que o atende todas as vezes?
E.3		O médico ou enfermeiro tem disponível o seu prontuário quando você está sendo atendido?
E.4		Durante o seu atendimento, o médico ou enfermeiro anota os dados da sua consulta no seu prontuário?
E.5		O médico ou enfermeiro conhece toda a sua história de saúde (Ex: outras doenças que você tem ou já teve, ou cirurgias realizadas)?
E.6		O médico ou enfermeiro pergunta sobre todos os remédios que você está utilizando?
E.7		O médico ou enfermeiro pergunta se você tem problemas para pagar pelos remédios que o SUS não fornece e outros produtos que você precisa?
E.8		Se você tem alguma pergunta sobre a doença ou dúvida sobre o tratamento, você consegue falar com o médico ou enfermeiro que o atende na unidade de saúde?
E.9		O médico ou enfermeiro responde as suas perguntas de maneira que você entenda?
E.10		O médico ou enfermeiro dá tempo suficiente para você falar as suas preocupações e tirar as suas dúvidas?
E.11		O médico ou enfermeiro pergunta se a hanseníase dificulta a realização de atividades do seu dia-a-dia?
E.12		O médico ou enfermeiro sabe a respeito do seu trabalho?
E.13		Você está satisfeito com o atendimento da unidade de saúde?
F. INTEGRALIDADE		
INTEGRALIDADE DOS SERVIÇOS DISPONÍVEIS		
Responda as questões F.1 a F.17 de acordo com a resposta da questão B.6 (serviço onde realiza o tratamento da hanseníase)		
Os seguintes serviços estão disponíveis na unidade de saúde?		
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 esquistossomose, dengue e tuberculose
F.11		Atendimento de hipertensão arterial, diabetes e 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		
Responda as questões F.18 a F.43 de acordo com a resposta da questão B.6 (serviço onde realiza o tratamento da hanseníase)		
Em relação à hanseníase, a unidade de saúde realiza(ou) esses serviços?		
F.18		Orientações sobre o que é a hanseníase e como se pega a doença
F.19		Avaliação da pele com a realização do teste de sensibilidade quente/frio
F.20		Avaliação da pele com a realização do teste de sensibilidade com algodão
F.21		Avaliação da pele com a realização do teste de sensibilidade com os monofilamentos (estesiômetros)
F.22		Palpação dos nervos periféricos
F.23		Teste de sensibilidade das mãos e pés com a utilização dos monofilamentos (estesiômetros)
F.24		Teste de sensibilidade dos olhos com a utilização do fio dental sem sabor
F.25		Avaliação da força motora
F.26		Avaliação da acuidade visual com a aplicação da escala de Snellen
F.27		Solicitação de exames de sangue no início do tratamento da hanseníase
F.28		Baciloscopia no município
F.29		Avaliação das pessoas que moram com você (exame de contatos)
F.30		Aplicação de BCG nas pessoas que moram com você
F.31		Consulta mensal para avaliação da sua saúde quando você vai a unidade de saúde receber a dose supervisionada
F.32		Orientações sobre o uso correto dos remédios da hanseníase e as principais reações causadas por eles
F.33		Orientações sobre os cuidados com os olhos, mãos e pés

F.34		Orientações sobre os sinais e sintomas das reações hansênicas: aparecimento de novas manchas na pele, dores nos nervos e diminuição da força motora
F.35		Realização do teste de sensibilidade dos olhos, mãos e pés e avaliação da força muscular de 3 em 3 meses
F.36		Oferecimento dos outros serviços disponíveis na unidade de saúde
Somente responder as questões F.37 e F.38 se caso o paciente estiver em alta. Caso contrário, NSA (não se aplica)		
F.37		Realização do teste de sensibilidade dos olhos, mãos, pés e avaliação da força muscular no término do tratamento.
F.38		Orientações sobre os cuidados após a alta por cura, como o acompanhamento periódico pelos profissionais e manutenção dos cuidados com os olhos, mãos e pés
Se o entrevistado respondeu a pergunta B.10 (se teve reação hansênica), responda as questões F.39 a F.43		
F.39		Palpação de nervos periféricos, teste da força muscular, teste de sensibilidade dos olhos, mãos e pés, quinzenalmente ou mensalmente
F.40		Orientação para colocar o membro afetado em repouso
F.41		Início do tratamento na unidade de saúde com a prednisona
F.42		Encaminhamento para o serviço de referência
F.43		Acompanhamento periódico da glicemia de jejum (glicose no sangue), do peso corporal e da pressão arterial durante o tratamento com prednisona
G. COORDENAÇÃO		
Somente responder caso o paciente ter sido encaminhado ao especialista. Caso contrário, NSA (não se aplica)		
Você já foi em alguma consulta com especialista por causa da hanseníase?		
Se NÃO , siga para o atributo ORIENTAÇÃO FAMILIAR		
Se SIM , responda as perguntas G.6 a G.19		
G.1		No agendamento da consulta com o especialista, você recebeu comprovante de marcação de consulta?
G.2		O médico ou enfermeiro da unidade de saúde escreveu um relatório para o especialista a respeito do motivo da consulta?
G.3		Você retornou à unidade de saúde com o relatório sobre os resultados da consulta realizada com o especialista?
G.4		O médico ou enfermeiro da sua unidade de saúde conversou com você sobre os resultados da consulta realizada com o especialista?
Para qual (is) serviço(s) de saúde você foi encaminhado? Responda: S – sim; N – não		
G.5		Ambulatório de referência para a hanseníase
G.6		Confecção de calçados e palmilhas
G.7		Psicologia
G.8		Fisioterapia
G.9		Terapia ocupacional
G.10		Serviço social
G.11		Oftalmologia
G.12		Neurologia
G.13		Ortopedia
G.14		Hospital Eduardo de Menezes ou Hospital das Clínicas

H. ORIENTAÇÃO FAMILIAR		
Sempre remeter “unidade de saúde” à resposta da questão B.6 (serviço onde realiza o tratamento da hanseníase)		
H.1		Você recebe visitas domiciliares dos profissionais (médico, enfermeiro ou ACS) da unidade de saúde por causa da hanseníase?
H.2		O médico ou enfermeiro sabe quem mora com você?
H.3		O médico ou enfermeiro pede informações sobre doenças de outras pessoas da sua família, como por exemplo, hipertensão arterial, diabetes e câncer?
H.4		O médico ou enfermeiro pergunta para você se as pessoas da sua família possuem manchas ou áreas da pele com perda ou diminuição da sensibilidade?
H.5		Os profissionais de saúde (médico, enfermeiro ou ACS) orientam você e seus familiares sobre a realização do exame da família?
H.6		Os profissionais de saúde (médico, enfermeiro ou ACS) conversam com as pessoas da sua família sobre a hanseníase?
H.7		O médico ou enfermeiro solicita que uma pessoa da sua família o acompanhe no dia-a-dia do seu tratamento?
H.8		Os profissionais de saúde (médico, enfermeiro ou ACS) conversam com as pessoas que moram com você sobre os cuidados que você precisa ter com os olhos, mãos e pés?
H.9		Os profissionais de saúde (médico, enfermeiro ou ACS) conversam com as pessoas que moram com você sobre a possibilidade de aparecimento de novas manchas na pele, caroços e dor nos nervos durante ou após o tratamento da hanseníase?
Somente responda a questão H.10 caso o paciente tenha recebido alta por cura. Caso contrário NSA (não se aplica)		
H.10		Os profissionais de saúde (médico, enfermeiro ou ACS) conversam com as pessoas que moram com você sobre os cuidados após a alta por cura?
I. ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA		
Sempre remeter “unidade de saúde” à resposta da questão B.6 (serviço onde realiza o tratamento da hanseníase)		
I.1		Você já viu matérias sobre a hanseníase na televisão, rádio e jornais?
I.2		A unidade de saúde realiza palestras e entrega de panfletos para informar a comunidade sobre a hanseníase?
I.3		As escolas e igrejas realizam divulgação da hanseníase para a comunidade?
I.4		A unidade de saúde realiza atividades na comunidade para identificar pessoas que possuem manchas (ex: dia da mancha)?



Anexos

ANEXO A – CARTA DE AUTORIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE BETIM



Betim, 01 de abril de 2011

TERMO DE CONCORDÂNCIA

Em resposta à solicitação de aprovação para realização de pesquisa por Fernanda Moura Lanza, coordenada pelo Prof. Dr. Francisco Carlos Félix Lana, responsáveis pelo projeto: **“Avaliação de desempenho dos serviços da atenção primária à saúde na atenção à hanseníase”**, com o objetivo de validar uma metodologia de avaliação para medir as características organizacionais e de desempenho dos serviços da atenção primária à saúde na atenção à hanseníase, consideramos que:


- 1- O projeto pesquisa apresentado é coerente e apresenta método adequado;
- 2- O fomento à pesquisa e ao desenvolvimento técnico e científico faz parte das diretrizes da Educação na Saúde do SUS/Betim;
- 3- O projeto de pesquisa será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, após aprovação da Secretaria Municipal de Saúde.


Autorizamos que este trabalho seja executado no âmbito do SUS Betim, conforme projeto enviado à SMS de Betim.

Ponderamos que a participação da solicitante pode ser contemplada desde que, enquanto autora, esta deverá deixar explícito em toda e qualquer publicação feita a partir desta pesquisa a participação do SUS/Betim.

À disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,


Luiz Cláudio Megas Costa
RH/SGTES
Educação na Saúde


Conceição Aparecida Pereira Rezende
Secretária Municipal de Saúde
Gestora do SUS Betim

Rua: Pará de Minas, 640 – Brasiléia, Betim-MG. CEP: 32.600-412
Telefone: (031)3512-3317 – FAX (031) 3512-3376
Email – gabinete.saude@betim.mg.gov.br

ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (COEP) DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS



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

Parecer nº. ETIC 0095.0.203.000-11

**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 14 de junho de 2011, após atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado "**Avaliação de desempenho dos serviços da 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 C – CARTA DE AUTORIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE ALMENARA



ADM: 2009/2012

PREFEITURA MUNICIPAL DE ALMENARA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Olindo de Miranda, nº 1713 – CEP: 39.900-000
Fone: (33) 3721-2929 – CNPJ: 18.349.894/0001-95
Email: saudealmenera@hotmail.com



Almenara - MG, 13 de maio de 2011.

OFÍCIO SMS/PMA Nº. 377/2011

Ilmo. Senhor.

PROF. DR. FRANCISCO CARLOS FELIX LANA

Professor Associado do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e
Saúde Pública

Universidade Federal de Minas Gerais

Prezado senhor

Nossos cumprimentos.

Autorizamos a V.Sa. realização do projeto de pesquisa “Avaliação das características organizacionais e de desempenho dos serviços da atenção primária à saúde na atenção à hanseníase” constando detalhadamente os procedimentos relacionados abaixo:

- Aplicação dos questionários aos gestores, profissionais de saúde e doentes de hanseníase
- Realização de grupos focais com gestores e profissionais de saúde
- Acesso aos documentos institucionais: Fichas de Notificação de Caso de Hanseníase, Prontuário dos doentes de hanseníase, registros institucionais (Planos Municipais de Saúde e relatórios das Conferências Municipais de Saúde) e estatísticos (SINAN net).

Sem mais para o momento, antecipamos agradecimentos.

Atenciosamente,


Marcelo Castro Freitas
Secretário Municipal de Saúde

ANEXO D – CARTA DE AUTORIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE GOVERNADOR VALADARES



PREFEITURA MUNICIPAL DE GOVERNADOR VALADARES
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Governador Valadares, 30 de maio de 2011

Prezado Senhor,

A Secretaria Municipal de Saúde de Governador Valadares, autoriza a realização da pesquisa *“Avaliação das características organizacionais e de desempenho dos serviços da atenção primária à saúde na atenção à hanseníase”*, coordenada por V.Sa., em todas as etapas de coleta de dados descritas no projeto (aplicação dos questionários aos gestores, profissionais de saúde e doentes de hanseníase; realização de grupos focais com gestores e profissionais de saúde e acesso aos documentos institucionais).

Atenciosamente,


Renato Fraga
Secretário Municipal de Saúde

Kátia Barbalho Diniz
Secretária Municipal
Adjunta de Saúde

Ao Prof.
Dr. Francisco Carlos Félix Lana
Professor Associado do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e
Saúde Pública
Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais

ANEXO E – CARTA DE AUTORIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE TEÓFILO OTONI



PREFEITURA MUNICIPAL DE TEÓFILO OTONI-MG
SECRETARIA MUNICIPAL DE TEÓFILO OTONI
Gabinete do Secretário

Ofício/SMS/Gabinete nº 17/2011

Teófilo Otoni-MG, 30 de maio de 2011


Prezado Senhor,

Venho por meio deste, informar que a Secretaria Municipal de Saúde em cumprimento das exigências desse Comitê, autorizar a realização de todas as etapas de coleta de dados (aplicação dos questionários, realização de grupo focal e análise de documentos) do projeto de pesquisa intitulado como “*Avaliação das características organizacionais e de desempenho dos serviços da atenção primária à saúde na atenção à hanseníase*”; e solicita a gentileza, ao iniciar os estudos, apresentar o parecer da Comissão de Ética, uma vez que esta Secretaria não disponibiliza deste serviço. Ciente da pesquisa e dos procedimentos de pesquisa que serão realizados na etapa de coleta de dados:

- Aplicação dos questionários aos gestores, profissionais de saúde e doentes de hanseníase.
- Realização de grupos focais com gestores e profissionais de saúde
- Acesso aos documentos institucionais: Fichas de Notificação de Caso de Hanseníase, Prontuário dos doentes de hanseníase, registros institucionais (Planos Municipais de Saúde e relatórios das Conferências Municipais de Saúde) e estatísticos (SINAN net).

Defiro o pedido para realização do projeto de pesquisa e etapas subsequentes.

Atenciosamente;


Eduardo Tertuliano Oliveira Santos
Secretário Municipal de Saúde
Gestor do SUS Local

Ilmo. Sr.

Dr. Francisco Carlos Félix Lana,
Coordenador do projeto de Pesquisa