

NAYARA FIGUEIREDO VIEIRA

AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NAS AÇÕES DE CONTROLE DA
HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE BETIM, MINAS GERAIS

Belo Horizonte – MG

Escola de Enfermagem da UFMG

2015

NAYARA FIGUEIREDO VIEIRA

AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NAS AÇÕES DE CONTROLE DA
HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE BETIM, MINAS GERAIS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito para obtenção do título de mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem

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

Orientador: Prof. Dr. Francisco Carlos Félix Lana

Belo Horizonte – MG

Escola de Enfermagem da UFMG

2015

V658a Vieira, Nayara Figueiredo.
Avaliação da atenção primária à saúde nas ações de controle da Hanseníase no município de Betim, Minas Gerais [manuscrito]. / Nayara Figueiredo Vieira. - - Belo Horizonte: 2015.
157f.: il.
Orientador: Francisco Carlos Félix Lana.
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

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

NLM: WC 335

ATA DE NÚMERO 457 (QUATROCENTOS E CINQUENTA E SETE) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA NAYARA FIGUEIREDO VIEIRA PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRA EM ENFERMAGEM.

Aos 12 (doze) dias do mês de fevereiro de dois mil e quinze, às 14:00 horas, realizou-se no Anfiteatro da Pós-Graduação - 4º andar da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NAS AÇÕES DE CONTROLE DA HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE BETIM, MINAS GERAIS", da aluna *Nayara Figueiredo Vieira*, candidata ao título de "Mestra 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), Adriano Marçal Pimenta e Maria Aparecida de Faria Grossi, 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, *Andréia Nogueira Delfino*, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 12 de fevereiro de 2015.

Prof. Dr. Francisco Carlos Félix Lana
 Orientador (Esc. EnfUFMG)



Prof. Dr. Adriano Marçal Pimenta
 (Esc. EnfUFMG)




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



Andréia Nogueira Delfino
 Secretária do Colegiado de Pós-Graduação



12/02/2015
 03/03/2015

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

Dedicatória

Aos meus pais, João e Rosane, pelo exemplo a ser seguido, a quem dedico cada vitória que conquisto em minha vida.

Aos meus irmãos, Mayra, Luciana e Luciano, pela compreensão e companheirismo ao longo de todo período dedicado à conclusão deste mestrado.

Aos meus familiares, pelo singular carinho.

Agradecimentos

Agradeço a,

Deus, por me dar força em todos os momentos difíceis durante a caminhada da pós-graduação.

Ao meu orientador, Professor Francisco Carlos Félix Lana, pela oportunidade a mim concedida e pela confiança depositada em meu trabalho e esforço. Obrigada pelo incentivo nos momentos difíceis desta jornada, pela paciência e pela compreensão, foram essenciais para a conclusão deste trabalho.

À Fernanda, pela oportunidade de compartilhar suas experiências tão valiosas para o desenvolvimento da pesquisa e por se tornar uma amiga muito especial.

Às colegas do Núcleo de Estudos e Pesquisas em hanseníase, pela troca enriquecedora de experiências, especialmente a amizade das amigas Ana Paula, Angélica, Cristal, Eyllen, Fabi, Fernanda Beatriz, Ísis, Marcilane e Rayssa.

Aos colegas do mestrado, pela oportunidade de trocas sempre tão enriquecedoras para a minha formação, em especial, Crizian, Danilo e Diego.

À Amanda, Carla e Isabela, pela dedicação na coleta e digitação dos dados desta pesquisa. Em especial, à Isabela, pela amizade e auxílio na formatação deste trabalho.

À Silvia, Rogério e Ju, pela convivência e amizade.

À Jânua e Alice, pelo apoio e colaboração sempre tão sincera.

Ao Marcos, pela compreensão, carinho e apoio na conclusão deste mestrado.

As antigas amigas, Hyo e Fah, pelos vários momentos de descontração e amizade.

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

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

RESUMO

VIEIRA, N. F. **Avaliação da atenção primária à saúde nas ações de controle da hanseníase no município de Betim, Minas Gerais.** 2015. 157f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

Introdução: A hanseníase é, atualmente, considerada uma das doenças tropicais negligenciadas por ser infectocontagiosa, com poder incapacitante e diretamente relacionada com a miséria. Em termos epidemiológicos, no Brasil, a hanseníase ainda é considerada como um problema de saúde pública. Dessa forma, estratégias como descentralização das ações de controle da hanseníase para o âmbito da atenção primária à saúde (APS) foram incorporadas aos serviços. Assim, a hanseníase tornou-se especialidade estratégica de atuação dos serviços de APS no território brasileiro, sendo necessário avaliar o desempenho destes serviços na atenção à hanseníase. **Objetivo:** Analisar o desempenho dos serviços de atenção primária à saúde nas ações de controle da hanseníase e caracterizar o comportamento epidemiológico da doença no município de Betim. **Método:** Trata-se de uma pesquisa avaliativa, realizada em duas etapas. Na primeira etapa, foram entrevistados, no município de Betim, profissionais de saúde (médicos e enfermeiros), agentes comunitários de saúde, gestores e usuários da atenção primária. Foi utilizada uma ferramenta de avaliação que mede o grau de orientação da atenção primária na realização das ações de controle da hanseníase, e referia-se aos atributos da atenção primária (acesso, porta de entrada, integralidade dos serviços disponíveis, integralidade dos serviços prestados, coordenação, orientação profissional, orientação familiar e orientação comunitária). Na segunda etapa, foram calculados indicadores da hanseníase preconizados pelo Ministério da Saúde e indicadores novos criados para este estudo. Construiu-se série histórica de 2003 a 2013, para avaliar o comportamento da endemia no município de Betim e utilizou-se como fonte Sistema de Informação de Agravos de Notificação. **Resultados:** Na primeira etapa deste estudo, pode-se constatar alto grau de orientação da atenção primária à saúde nas ações de controle da hanseníase para os seguintes atributos: porta de entrada, integralidade dos serviços disponíveis, integralidade dos serviços prestados, atendimento continuado, coordenação e orientação familiar, na perspectiva dos diferentes informantes-chave entrevistados. Entretanto, constatou-se fragilidade quanto ao acesso, orientação comunitária e orientação profissional, com fraca orientação da atenção primária nas ações de controle da hanseníase. A construção do fluxograma de assistência ao usuário de hanseníase permitiu identificar a complexidade dos serviços de saúde de Betim e, ainda, que o serviço de referência de hanseníase é responsável pela coordenação do cuidado. Na segunda etapa deste estudo, observou-se uma tendência de diminuição na detecção de casos novos de hanseníase de 2003 a 2007, entretanto crescente aumento na detecção nos últimos seis anos da série histórica (2008 a 2013). Houve alta proporção de casos novos sendo diagnosticados com grau 2 de incapacidade física. Quanto aos indicadores operacionais de qualidade, observou-se instabilidade nos parâmetros no que se refere à proporção de cura e a proporção de contatos examinados entre os registrados. A detecção dos casos ocorre, predominantemente, por encaminhamento e demanda espontânea. Quanto à proporção de notificação dos casos de hanseníase no serviço de atenção primária, observou-se declínio. Fato também constatado quando se avaliou a proporção de casos tratados no serviço de atenção primária. **Conclusão:** Conclui-se deste estudo que o município de Betim apresentou desempenho mediano para as ações de controle da hanseníase no âmbito da atenção primária, visto que, na perspectiva dos informantes-chave há fragilidades no que concerne ao acesso e a orientação comunitária e profissional, impactando na qualidade da assistência prestada na atenção à hanseníase. Além disso, em relação aos indicadores operacionais que retratam a qualidade da assistência ofertada aos usuários do serviço de hanseníase, obteve-se parâmetros não-lineares ao analisar a série histórica destacando irregularidade na oferta de serviços de boa qualidade.

Descritores: Hanseníase. Atenção Primária à saúde. Avaliação de serviços de saúde. Epidemiologia.

ABSTRACT

VIEIRA, N. F. **Evaluation of primary health care in leprosy control activities in the city of Betim, Minas Gerais.** 2015.157f. Dissertation (Master of Nursing) - Nursing School of the Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

Introduction: Leprosy is currently considered one of the neglected tropical diseases to be infectious-contagious, with crippling power and directly related to poverty. In epidemiological terms, in Brazil, leprosy is still considered a public health problem. Therefore, strategies such as decentralization of leprosy control actions to the scope of primary care services have been incorporated. Thus, leprosy became a strategic specialization of operation of the PHC services in the Brazilian territory, being necessary to evaluate the performance of primary care services in the care of leprosy. **Objective:** Analyze the performance of primary health care services in leprosy control actions and characterize the epidemiological behavior of the disease in the municipality of Betim. **Method:** This is an evaluative research, carried out in two steps. The first stage, health professionals (doctors and nurses) were interviewed in the city of Betim, as well as community health workers, managers and users of primary care. An assessment tool that measures the degree of orientation of primary care in the performance of leprosy control actions was used, and referred to the attributes of primary care (access, gateway, completeness of services available, completeness of services performed, coordination, career counseling, family counseling and community orientation). In the second stage, leprosy indicators were calculated recommended by the Ministry of Health and new ones created for this study. It was constructed a historical series from 2003 to 2013, to evaluate the endemic behavior in the city of Betim and used as source, the Information System for Notifiable Diseases. **Results:** From the result of the first stage of this study, it can be observed a high level of orientation of primary health care in leprosy control actions for following attributes: gateway, completeness of services, completeness of services, continuing care, coordination and family counseling from the perspective of different key informants interviewed. However, it was noted a weakness in access, community orientation and vocational guidance with poor orientation of primary care in leprosy control actions. The construction of the assistance flowchart of the leprosy user identified the complexity of the health care in Betim, and that the leprosy referral service is responsible for the coordination of care. In the second stage of the study, there was a decreasing trend in the detection of new cases of leprosy 2003 to 2007, though increasing in detecting the last six years of the time series (2008-2013). There was a high proportion of new cases being diagnosed with grade 2 disability. As for the operational quality indicators instability was observed in the parameters regarding the cure rate and the proportion between the contacts examined recorded. The detection of cases occur predominantly by routing and spontaneous demand. In relation to the notification of leprosy cases in the primary health care service, it was observed a decline. This fact was also observed when assessed the proportion of cases treated in the primary care service. **Conclusion:** It is concluded from this study that the Betim city had average performance for leprosy control actions within primary care, since, from the perspective of key informants there weaknesses regarding the access and the community and professional guidance, impacting the quality of care provided in the care of leprosy. In addition, regarding the operational indicators that portray the quality of care offered to users of leprosy service, was obtained nonlinear parameters when analyzing the historical series highlighting irregularities in the provision of good quality services.

Keywords: Leprosy. Primary Health Care. Health services evaluation. Epidemiology.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	- Diagrama esquemático do desenho do estudo	37
Figura 2	- Fluxograma de assistência ao usuário de hanseníase construído na visão dos ACS, gestores e profissionais de saúde da atenção primária à saúde de Betim e o fluxograma preconizado pelo Ministério da Saúde, segundo a Portaria 3.125 que aprova as diretrizes para vigilância, atenção e controle da hanseníase	82
Figura 3	- Média dos escores essencial, derivado e geral estratificado por gestores, profissionais de saúde (médico e enfermeiros), agentes comunitários de saúde e usuários	85
Figura 4	- Descrição das convergências e divergências das médias dos escores estratificado por atributo da atenção primária à saúde segundo avaliação dos gestores, profissionais de saúde (médico e enfermeiros), usuários e agentes comunitários de saúde	88
Quadro 1	- Modo de organização da atenção à saúde em hanseníase no município de Betim, 2010	39
Quadro 2	- Síntese do número de das entrevistas realizadas e das perdas por informantes-chave da rede de atenção primária à saúde do serviço de Betim, 2014	45
Quadro 3	- Síntese dos indicadores selecionados para a avaliação epidemiológica da hanseníase em Betim, 2014	46
Quadro 4	- Síntese dos indicadores criados para a avaliação dos serviços de saúde em Betim, 2014	47
Quadro 5	- Itens que tiveram inversão dos valores da resposta em cada versão do instrumento	49
Quadro 6	- Síntese do cálculo dos escores	50
Quadro 7	- Principais observações registradas no diário de campo durante a realização das entrevistas na perspectiva dos agentes comunitários de saúde. Betim, 2014	61
Quadro 8	- Principais observações registradas no diário de campo durante a realização das entrevistas na perspectiva dos profissionais de saúde. Betim, 2014	68
Quadro 9	- Principais observações registradas no diário de campo durante a realização das entrevistas na perspectiva dos gestores. Betim, 2014	73
Quadro 10	- Classificação do grau de afiliação do usuário com o serviço de atenção primária à saúde e o serviço de hanseníase	78
Quadro 11	- Principais observações registradas no diário de campo durante a realização das entrevistas na perspectiva dos usuários. Betim, 2014	80
Quadro 12	- Teste <i>Mann-Whitney</i> para o escore derivado comparando gestores	86

	com profissionais de saúde e gestores com agentes comunitários de saúde	
Quadro 13	- Teste <i>Mann-Whitney</i> para o escore geral comparando gestores com profissionais de saúde e gestores com agentes comunitários de saúde	87
Quadro 14	- Teste <i>Mann-Whitney</i> para o atributo porta de entrada comparando agentes comunitários de saúde com profissionais de saúde e agentes comunitários de saúde com gestores	89
Quadro 15	- Teste <i>Mann-Whitney</i> para o atributo acesso comparando agentes comunitários de saúde com profissionais de saúde e agentes comunitários de saúde com gestores	89
Quadro 16	- Teste <i>Mann-Whitney</i> para o atributo integralidade dos serviços prestados comparando profissionais de saúde com agentes comunitários de saúde e profissionais de saúde com gestores	90
Quadro 17	- Teste <i>Mann-Whitney</i> para o atributo orientação comunitária comparando gestores com agentes comunitários de saúde e gestores com profissionais de saúde	90
Quadro 18	- Teste <i>Mann-Whitney</i> para o atributo orientação profissional comparando gestores com agentes comunitários de saúde e gestores com profissionais de saúde	91
Gráfico 1	- Distribuição do coeficiente de detecção geral de hanseníase e na população menor de 15 anos por 100 mil habitantes, em Betim, conforme o ano de avaliação	95
Gráfico 2	- Proporção de casos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física avaliada no momento do diagnóstico. Betim, 2014	96
Gráfico 3	- Proporção de cura de hanseníase entre os casos diagnosticados nos anos das coortes, conforme ano de avaliação. Betim, 2014	99
Gráfico 4	- Proporção de examinados entre os contatos intradomiciliares registrados dos casos novos de hanseníase diagnosticados, conforme ano de avaliação. Betim, 2014	100
Gráfico 5	- Proporção de casos de hanseníase notificados e tratados na atenção primária à saúde, conforme ano de avaliação. Betim, 2014	102
Gráfico 6	- Proporção por modo de detecção dos casos novos de hanseníase, conforme o ano de avaliação. Betim, 2014	104

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	- Distribuição dos serviços de atenção primária à saúde por regional do município de Betim, 2014	39
Tabela 2	- Descrição das características dos agentes comunitários de saúde entrevistados em Betim, 2014	56
Tabela 3	- Descrição dos escores geral, essencial, derivado e por atributos da atenção primária à saúde nas ações de controle da hanseníase segundo a experiência dos agentes comunitários de saúde estratificado por ausência ou presença de caso de hanseníase. Betim, 2014	57
Tabela 4	- Descrição das características dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) entrevistados em Betim, 2014	64
Tabela 5	- Descrição dos escores geral, essencial, derivado e por atributos da atenção primária à saúde nas ações de controle da hanseníase segundo a experiência dos profissionais de saúde estratificado por ausência ou presença de caso de hanseníase. Betim, 2014	65
Tabela 6	- Descrição das características dos gestores entrevistados em Betim, 2014	70
Tabela 7	- Descrição dos escores geral, essencial, derivado e por atributos da atenção primária à saúde nas ações de controle da hanseníase segundo a experiência dos gestores. Betim, 2014	71
Tabela 8	- Descrição das características sociodemográficas dos usuários participantes do estudo. Betim, 2014	75
Tabela 9	- Descrição das características clínico-epidemiológicas dos usuários participantes do estudo. Betim, 2014	76
Tabela 10	- Descrição dos escores geral, essencial, derivado, por atributos da atenção primária à saúde e grau de afiliação nas ações de controle da hanseníase segundo a experiência dos usuários. Betim, 2014	77
Tabela 11	- Indicadores demográficos e da hanseníase, conforme ano de análise - 2003 a 2013. Betim, 2014	93
Tabela 12	- Variabilidade do coeficiente de casos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico por 100 mil habitantes. Betim, 2014	97
Tabela 13	- Variáveis e indicadores da hanseníase, conforme ano de análise - 2003 a 2013. Betim, 2014	98
Tabela 14	- Proporção e número de casos de hanseníase notificados e tratados na rede de atenção primária à saúde de 2003 a 2013. Betim, 2014	101
Tabela 15	- Proporção dos casos novos de hanseníase por modo de detecção, segundo ano de avaliação. Betim, 2014	103

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACH – Ações de Controle da Hanseníase

ACS - Agente Comunitário de saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

CGHDE - Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação

COEP - Comitê de Ética e Pesquisa

DP - Desvio Padrão

EACS - Estratégias de Agentes Comunitários de Saúde

ESF – Equipe de Saúde da Família

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IPLDV- Inspeção de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas

OMS – Organização Mundial da Saúde

MB- Multibacilar

MS – Ministério da Saúde

NEPHANS - Núcleo de Estudos e Pesquisas em Hanseníase

NOAS - Norma Operacional da Assistência à Saúde

PB – Paucibacilar

PCATool- Primary Care Assessment Tool

PCH- Programa de Controle da Hanseníase

PQT – Poliquimioterapia

PSE – Programa Saúde na Escola

RMBH – Região Metropolitana de Belo Horizonte

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de notificação

SUS – Sistema Único de Saúde

UAI - Unidade de Atendimento Imediato

UBS - Unidades Básicas de Saúde

UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais

VE- Vigilância epidemiológica

SUMÁRIO

1. Introdução.....	13
1.1 OBJETIVOS	17
1.1.1 Objetivo geral.....	17
1.1.2 Objetivos específicos.....	17
2. Epidemiologia e avaliação dos Programas de Controle da Hanseníase	18
2.1 ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	30
2.1.1 Atributos essenciais.....	31
2.1.2 Atributos derivados	34
3. Métodos	36
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	36
3.2 CENÁRIO DO ESTUDO.....	37
3.3 FONTES DE INFORMAÇÃO E COLETA DE DADOS	40
3.3.1 Instrumento de avaliação das ações de controle da hanseníase na atenção primária	41
3.3.2 Sistema de informação de agravos de notificação.....	45
3.4 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	48
3.4.1 Instrumento de avaliação das ações de controle da hanseníase na atenção primária	48
3.4.2 Avaliação epidemiológica da hanseníase em Betim	52
3.5 ASPECTOS ÉTICOS	53
3.6 FINANCIAMENTO.....	54
4. Resultados	55
4.1 AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA ATENÇÃO À HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE BETIM	55
4.1.1 Agentes Comunitários de Saúde	55
4.1.2 Profissionais de saúde (Médicos e Enfermeiros)	63
4.1.3 Gestores.....	70
4.1.4 Usuários.....	75

4.1.5 Fluxograma de assistência ao usuário de hanseníase do município de Betim, segundo a perspectiva dos Gestores, Profissionais de Saúde (Médicos e Enfermeiros) e Agentes Comunitários de Saúde.....	81
4.1.6 Comparação da orientação para atenção primária à saúde nas ACH entre os diferentes informantes-chave	85
4.2 Avaliação do comportamento epidemiológico da hanseníase no município de Betim	91
5. Discussão	104
5.1 AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA ATENÇÃO À HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE BETIM	104
5.2 AVALIAÇÃO DO COMPORTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO DA HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE BETIM	111
6. Limitações	116
7. Considerações finais	117
Referências	120
Anexos.....	128

1. Introdução

A hanseníase é, atualmente, considerada uma das doenças tropicais negligenciadas (DTN) por ser infecto-contagiosa, com poder incapacitante e diretamente relacionada com a miséria (WHO, 2011). É prevalente em países em desenvolvimento, sendo que, em 2013 foram registrados 215.656 casos novos de hanseníase no mundo, o que corresponde a uma taxa de detecção de 3,81 casos novos por 100 mil habitantes. Em número absoluto de casos novos de hanseníase, o Brasil só perdeu para a Índia no *ranking* mundial, com a notificação de 31.044 casos, sendo 64% de multibacilares (MB) e 6,4% com grau 2 de incapacidade física no diagnóstico (WHO, 2014).

Em termos epidemiológicos, a hanseníase ainda é considerada como um problema de saúde pública no território brasileiro e esses dados revelam a necessidade de fortalecimento dos serviços de saúde uma vez que ainda existem fragilidades quanto à detecção oportuna e precoce dos casos devido à quantidade expressiva de diagnóstico de casos novos com incapacidade física já instalada.

Segundo recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS), as estratégias de enfrentamento da hanseníase devem ser pautadas no diagnóstico precoce e tratamento sob a forma de poliquimioterapia (PQT) dos casos novos diagnosticados (WHO, 2014). Outras estratégias como a prevenção e tratamento de incapacidades físicas geradas pela doença e a vigilância dos contatos domiciliares devem estar na agenda dos serviços de saúde como táticas de controle da endemia hanseníase (BRASIL, 2010a).

No Brasil, a assistência em hanseníase foi realizada por anos em unidades especializadas em um modelo vertical, desenvolvidos por dermatologistas e hansenólogos, cujas atividades eram basicamente voltadas para a realização do diagnóstico e tratamento da doença (SAVASSI, 2010).

A horizontalização do programa da hanseníase iniciou-se com a promulgação da Constituição Federal de 1988, a qual a saúde foi considerada como “*direito de todos e dever do estado*” (BRASIL, 1990). Com a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), um novo modelo de assistência à saúde foi desenvolvido no Brasil pautado nos princípios doutrinários da universalidade, integralidade e equidade das ações de saúde dos serviços.

Além dos princípios doutrinários, o SUS também trouxe diretrizes organizacionais pautadas na descentralização das ações de saúde, hierarquização e controle social.

Com inauguração do SUS, foram necessárias legislações que garantissem ao usuário o direito a universalidade, frente a essa questão, em 2001 a publicação da Norma Operacional da Assistência a Saúde (NOAS) do SUS 01/2001 assegurou alguns princípios norteadores do sistema (BRASIL, 2001a). A NOAS (BRASIL,2001a) foi crucial para a garantia da universalidade e da descentralização da assistência à saúde, ampliou e regulamentou autonomia aos municípios para que houvesse o aumento do acesso pela população com equidade a todos os serviços de saúde em todos os níveis de atenção, e na atenção primária à saúde (APS), definiu a eliminação da hanseníase como uma das áreas prioritárias de atuação dos serviços de saúde (BRASIL, 2007).

Com a implementação do SUS e o aprimoramento das legislações regulando o modo de organização dos serviços, a assistência ao usuário com hanseníase transitou de um modelo verticalizado e curativo, para uma horizontalização do programa assistencial, pautado em um modelo de vigilância em saúde.

Nesse cenário, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) surge como ferramenta de reorientação do modelo assistencial, substituindo o modelo tradicional de assistência à saúde, historicamente curativo e hospitalocêntrico, por um modelo sintonizado com os princípios do SUS, tais como a universalidade, equidade, hierarquização e integralidade da atenção (BRASIL, 2001b).

No Brasil, a APS é uma forma de organização desenvolvida com alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas (BRASIL, 2012a). Além disso, a APS é o ponto preferencial de contato, entre os usuários com toda a rede de atenção à saúde. Dessa forma, torna-se essencial que os serviços de APS orientem-se pelos princípios da universalidade, acesso, vínculo, da continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social (BRASIL, 2010b; BRASIL, 2012a).

Segundo Starfield (2002), a APS dever ser orientada por atributos, sendo divididos em essenciais e derivados. Os atributos essenciais da APS são representados pelo primeiro contato (porta de entrada), continuidade ou longitudinalidade, integralidade e coordenação e os atributos derivados pela centralização familiar e a orientação comunitária.

Nos dias atuais considera-se que melhores resultados dos serviços de APS serão alcançados a partir do conhecimento e operacionalização de seus princípios ordenadores. Evidências vêm se acumulando há décadas de que sistemas de saúde que se organizam a partir de uma APS estruturada em conformidade com os seus atributos ordenadores são mais eficazes e de maior qualidade (STARFIELD, 1994; VAN STRALEN *et al.*, 2008).

Como a hanseníase é uma área estratégica de atuação dos serviços de APS do território brasileiro, torna-se necessário avaliar o desempenho dos serviços de APS na atenção à hanseníase. Com a avaliação dos serviços de APS é possível monitorar a capacidade dos serviços em responder às necessidades de saúde, acompanhar os efeitos das intervenções, identificar e corrigir problemas e retro-alimentar equipes de saúde, gestores, políticos e comunidade como forma de aprimorar a realização das ações de controle da hanseníase (FELISBERTO, 2006).

Frente a essa discussão, Lanza (2014) e Lanza; Vieira; Oliveira; Lana (2014a; 2014b; 2014c) elaboraram e validaram uma ferramenta de avaliação¹ utilizada em municípios endêmicos de Minas Gerais, a qual permitiu identificar pontos considerados críticos na visão de profissionais da APS (médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde), gestores e usuários do serviço de hanseníase para a realização das ações de controle da hanseníase (ACH) no âmbito da APS. Isso foi possível por meio da construção de escores que traduziram a orientação dos atributos da APS para a realização das ações de controle da hanseníase (ACH).

Nessa perspectiva de monitoramento dos serviços de saúde, o Ministério da Saúde (MS) estabeleceu critérios que colocaram alguns municípios como prioritários nas ACH. Enquadrou-se nesse cenário o município de Betim que faz parte da Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH), localizado a 30 km da capital mineira, possui área de 342,846 km², população de 378.980 habitantes (IBGE, 2010), e é um dos principais polos industriais do estado de Minas Gerais.

Segundo Fuzikawa (2007), a hanseníase tem importância histórica em Betim, uma vez que foi instalada a Colônia Santa Izabel em 1931 e, no ano de 2002, foi considerado um município avançado no processo de descentralização das ACH. Nesse sentido, questiona-se:

¹A ferramenta de avaliação tem como título: “Instrumento de avaliação do desempenho da atenção primária nas ações de controle da hanseníase” (LANZA, 2014; LANZA; VIEIRA; OLIVEIRA; LANA, 2014a, 2014b, 2014c).

- a) As ações de controle da hanseníase estão fortemente orientadas para os atributos da atenção primária, após mais de uma década da descentralização das ACH no município de Betim?
- b) Qual o comportamento dos indicadores epidemiológicos da hanseníase no município de Betim após a descentralização das ACH?

Enfim, essas questões remetem à relação da continuidade do processo de descentralização e quão isso refletiu na qualidade dos serviços prestados na APS e a relação com a avaliação epidemiológica ao longo de mais de uma década do processo de integração das ACH na rede de APS.

Com base no que foi exposto, justifica-se a necessidade de avaliar a orientação dos atributos da APS na atenção à hanseníase, em um município prioritário que há mais de uma década iniciou o processo de descentralização das ACH. É de extrema importância avaliar a qualidade da assistência, identificando as potencialidades e fragilidades do modelo de organização e relacionar esse desempenho com resultados traduzidos pela avaliação epidemiológica e operacional dos indicadores da hanseníase do município de Betim.

Como hipótese de trabalho, estabelece-se que como o processo de descentralização já foi iniciado há mais de uma década em Betim, há uma alta orientação para os atributos da atenção primária nas ações de controle da hanseníase. E a presença de uma forte orientação para os atributos da APS na atenção à hanseníase influenciou de forma positiva no comportamento epidemiológico dos indicadores da doença no município.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

Analisar o desempenho dos serviços de atenção primária à saúde nas ações de controle da hanseníase e caracterizar o comportamento epidemiológico da doença no município de Betim.

1.1.2 Objetivos específicos

- a) Avaliar a orientação da atenção primária à saúde nas ACH na perspectiva dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros), gestores, agentes comunitários de saúde e usuários;
- b) Comparar os escores de cada atributo da APS e os escores essencial, derivado e geral entre médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde, gestores e usuários;
- c) Avaliar o comportamento epidemiológico da hanseníase tendo como referência a política de descentralização no município de Betim;

2. Epidemiologia e avaliação dos Programas de Controle da Hanseníase

Neste capítulo foi realizado um recorte teórico sobre os principais conceitos que permeiam a assistência ao usuário com hanseníase, enfocando as ações de controle da doença com base nos aspectos clínico-epidemiológicos. Também foram abordadas as metas centrais de controle da doença recomendadas pela OMS e a situação epidemiológica. Com base nas recomendações da OMS e na situação epidemiológica vivenciada pelo Brasil, foi feita uma relação da atual conjuntura epidemiológica com as diretrizes preconizadas para vigilância, atenção e controle da hanseníase.

Com o nome de lepra, morfeia ou ainda mal de Lázaro, a hanseníase é uma doença conhecida mundialmente há mais de três mil anos. Porém, apesar dos avanços investigativos, ainda existem pontos obscuros, no que concerne à sua origem (EIDT, 2004). Segundo o Ministério da Saúde, é uma doença infecciosa, crônica, de grande importância para a saúde pública devido a sua magnitude e seu alto poder incapacitante, atingindo principalmente a faixa etária economicamente ativa (BRASIL, 2008a). É considerado caso de hanseníase quando ocorrem as seguintes características: lesão de pele com alteração de sensibilidade, acometimento de nervos com espessamento neural e baciloscopia positiva (BRASIL, 2010a).

O diagnóstico da doença é essencialmente clínico e epidemiológico, realizado por meio da análise da história e das condições de vida do paciente, do exame dermatoneurológico para identificar lesões ou áreas de pele com alteração de sensibilidade e/ou comprometimento de nervos periféricos sensitivo, motor e/ou autonômico (BRASIL, 2010a). O diagnóstico da hanseníase, por ser essencialmente clínico, representa um desafio para os serviços de saúde, pelo fato de depender de profissionais sensibilizados e capacitados para realizar o diagnóstico da doença.

Admite-se que o homem é o único reservatório natural do *Mycobacterium leprae*, embora haja relatos de identificação do bacilo em animais selvagens - tatus e macacos - que não tem importância epidemiológica na cadeia de transmissão. A via aérea superior é considerada a principal via de entrada e de eliminação do bacilo do organismo (ARAÚJO, 2003; SAMPAIO; RIVITTI, 2007).

A classificação operacional do caso de hanseníase, visando definir o esquema de tratamento com poliquimioterapia é baseada no número de lesões cutâneas, de acordo com os seguintes critérios: Paucibacilar (PB), para casos com até cinco lesões de pele e Multibacilar (MB), casos com mais de cinco lesões de pele (BRASIL, 2010a).

Nos dias atuais o controle da hanseníase é desempenhado por meio de estratégias, como a prevenção de incapacidades, o diagnóstico precoce e oportuno dos casos novos, o tratamento sob a forma de PQT e a vigilância dos contatos intradomiciliares (BRASIL, 2010a; WHO, 2014). Esse conjunto de medidas são esforços que visam reduzir o impacto da hanseníase tanto em termos epidemiológicos, como para os pacientes e suas famílias.

Outra ação que merece destaque é a prevenção de incapacidades, que é a principal forma de prevenir as deficiências e incapacidades físicas causadas pela doença. A avaliação das incapacidades físicas é realizada por meio da avaliação neurológica simplificada no diagnóstico, a cada três meses de tratamento e na alta do caso de hanseníase (BRASIL, 2010a). Segundo recomendações do Ministério da Saúde, a prevenção de incapacidades deve ser realizada com técnicas simples de autocuidado e de orientações aos pacientes (BRASIL, 2010a).

Sendo assim, a gravidade da doença não é só avaliada pelo número absoluto de doentes acometidos, ou pela sua contagiosidade, mas também pelas incapacidades que produz, pelos problemas psicossociais e pela longa duração do tratamento (ARANTES *et al.*, 2010). Nesse sentido, serviços preparados para atender de forma qualificada o usuário de hanseníase são extremamente importantes no contexto brasileiro, principalmente o fortalecimento da APS como principal porta de entrada para toda a assistência necessária.

Toda essa retórica da hanseníase, por ser infecto-contagiosa caracterizada pelo poder de causar incapacidade e baixa mortalidade colocou-a com umas das doenças tropicais negligenciadas (WHO, 2011). As DTN são aquelas doenças que representam uma carga global e estão relacionadas com a miséria e a possibilidade de causar incapacidade, como é o caso da hanseníase (WHO, 2011).

Embora as DTN não sejam exclusivas de países subdesenvolvidos, despertam pouco atrativo financeiro por parte da grande indústria farmacêutica, uma vez que não atingem o grande mercado consumidor que são os países desenvolvidos (ROCHA, 2012). Então é

nítido o pouco investimento em tecnologias e inovações no que se refere a essas doenças e no tocante à hanseníase.

A hanseníase considerada uma DTN é prevalente em países em desenvolvimento, como Brasil e Índia, com poucos incentivos de mercado para pesquisa e desenvolvimento, sendo os níveis de investimento desproporcionais à carga global da doença. A hanseníase, por exemplo, é uma doença que afeta o Brasil e países do sudeste asiático e da África (WHO, 2014).

A Organização Panamericana de Saúde (OPAS) elaborou um plano de ação para acelerar a eliminação da hanseníase na América Latina e no Caribe, e subdividiu os países em baixa e alta carga da doença por meio da detecção dos casos novos. No que se refere ao Brasil, o país ficou no grupo II, pois reportou mais de 100 casos novos por ano de avaliação. A OPAS recomendou aos países do grupo II a análise da situação epidemiológica tanto em nível nacional quanto em relação às regiões (OPAS, 2011b).

A OPAS afirmou que o atraso na detecção dos casos novos mantém a cadeia de transmissão da doença, e coloca os países frente a alguns desafios, a saber os principais são: as habilidades inadequadas dos profissionais de saúde para o diagnóstico correto, o alto grau de estigma em comunidades levam à ocultação de casos, poucos esforços dos programas de controle e eliminação da hanseníase em detectar os casos, estratégias ineficazes ou inadequadas para informação, educação e comunicação sobre áreas afetadas, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde e seu custo e a participação limitada da comunidade (OPAS, 2011a, p. 26).

No Brasil, no ano de 2013, foram detectados 31.044 casos novos de hanseníase, sendo que desses 64% (20.005), a classificação operacional foi MB e 6,4% (1.996) com grau 2 de incapacidade física no diagnóstico (WHO, 2014). Esses dados revelam que ainda há a detecção de casos novos da doença e fragilidades quanto à detecção oportuna e precoce dos casos devido à quantidade expressiva de diagnóstico grau 2 de incapacidade física revelando que o diagnóstico da doença esta sendo realizado tardiamente.

Mundialmente a carga global da doença está concentrada do sudeste asiático, mais especificamente na Índia (WHO, 2014). No Brasil, no ano de 2005, foram registrados 38.410 casos novos, já em 2013, esse número caiu para 31.044 casos novos de hanseníase, em oito anos representou uma queda de 19% no número total de casos novos registrados (WHO,

2014; OMS, 2005). É notável a tendência na diminuição do número de casos registrados ao longo dos anos, fato especialmente relacionado às estratégias de eliminação e controle da hanseníase e à introdução da PQT nos serviços de saúde.

A OMS, com o objetivo de auxiliar os países a eliminar a hanseníase como problema de saúde pública elaborou vários documentos para orientar os países nas ações de controle e eliminação da doença. O “Plano estratégico para eliminação da hanseníase 2000-2005” tinha como objetivo principal eliminar a hanseníase como problema de saúde pública, com ações mais disponíveis e acessíveis a todo indivíduo afetado no serviço de saúde mais próximo e como meta a redução da prevalência a menos de um caso em cada 10.000 habitantes (WHO, 2000). Apesar de todos os esforços o Brasil não alcançou a meta de eliminação da doença no ano de 2000, fato compreensível visto que em seis anos o país teria que dispor de uma capacidade operacional eficiente para alcançar tal objetivo.

Entretanto, como a meta anterior de eliminação não foi alcançada pelos principais países no quais a hanseníase era endêmica, a OMS continuou seus esforços para aprimorar as publicações com estratégias apropriadas para o controle da hanseníase. As contribuições agora tinham um enfoque em orientar os serviços com estratégias que permitissem o controle da hanseníase. Para tanto, em 2005 a OMS divulgou a “Estratégia global para aliviar a carga da hanseníase e manter as atividades de controle da hanseníase (Período do Plano: 2006-2010)”, essa estratégia tinha como principais ações, segundo OMS (2005):

- a) Prover serviços de qualidade a todas as pessoas afetadas pela hanseníase;
- b) Melhorar o coeficiente de custo-eficácia mediante a integração e/ou descentralização das atuais atividades de controle da hanseníase à infra-estrutura local de saúde, incluindo os serviços de encaminhamento e os componentes de monitoramento;
- c) Manter o compromisso político e aumentar as atividades colaborativas com os parceiros nos níveis global, nacional e regional;
- d) Intensificar os esforços de advocacia, a fim de reduzir o estigma e a discriminação contra as pessoas e famílias afetadas pela hanseníase;
- e) Fortalecer os componentes de monitoramento e supervisão do sistema de vigilância;
- f) Desenvolver a capacidade dos profissionais de saúde nos serviços integrados.

Ainda complementou os indicadores de resultados não só com relação à prevalência, mas também o monitoramento pelo número e coeficiente de novos casos detectados em cada 100 mil habitantes por ano e o coeficiente de conclusão de tratamento/cura (OMS, 2005).

Recentemente, a OMS elaborou a “Estratégia global aprimorada para redução adicional da carga da hanseníase: 2011-2015”, que também foi produzida de forma a complementar as orientações da estratégia global. As principais contribuições referentes foram as orientações para descentralizar os serviços de atenção à hanseníase, como também as atribuições de cada esfera de atenção (primária e serviços secundários de referência) (OMS, 2010). Fato que contribuiu para orientar as ACH de forma sistematizada e menos pontual, com o objetivo de oferecer serviços de melhor qualidade ao usuário de hanseníase. A ampliação da cobertura no tratamento com a PQT, fornecida na unidade de saúde mais próxima, com ausência de obstáculos geográficos, econômicos ou de gênero também fez parte da estratégia de aprimoramento (OMS, 2010).

Como se pode observar as estratégias foram aprimoradas com o passar dos anos, visto que os países onde a hanseníase representa controle ainda não alcançado. Diga-se pelo potencial de causar incapacidade, pela carga da doença em diversos territórios brasileiros, a doença ainda é um problema de saúde pública no Brasil. O grande desafio no que concerne ao controle da hanseníase é a diminuição da carga endêmica.

É importante que sejam incorporados aos serviços de saúde estratégia de controle da doença mais específica à realidade da endemia nos diversos territórios. O outro grande desafio é continuar as estratégias de controle da doença mesmo em locais no quais a hanseníase não é um problema, e encontra-se controlada por meio da avaliação dos indicadores da doença. Futuramente as próximas discussões no que concerne ao controle da hanseníase será promover a continuidade das ACH de forma qualificada e sustentável.

Seguindo as recomendações tanto da OMS quanto da OPAS, o Brasil monitora a magnitude da hanseníase por meio dos indicadores epidemiológicos. A Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação (CGHDE) preconiza como estratégia para redução da carga em hanseníase, para alcance da meta de eliminação da doença, enquanto problema de saúde pública em nível nacional, essencialmente, o aumento da detecção precoce e cura dos casos diagnosticados (BRASIL, 2012b). Sabendo-se que a hanseníase não está distribuída de forma homogênea em todo o território nacional, foram identificadas as áreas geográficas de risco que concentram maior endemicidade (BRASIL, 2012b, p.15).

Nessa perspectiva de vigilância em hanseníase, a vigilância epidemiológica (VE) da doença faz-se como um instrumento de monitoramento das ações de controle e eliminação. O Ministério da saúde publicou que a VE em hanseníase envolve a coleta, processamento,

análise e interpretação dos dados referentes aos casos e seus contatos, bem como pode subsidiar recomendações, a promoção e a análise da efetividade das intervenções (BRASIL, 2012b). E ainda, que a VE deve ser organizada em todos os níveis de atenção desde a unidade básica de saúde à alta complexidade, de modo a garantir informações acerca da distribuição, da magnitude e da carga de morbidade da doença nas diversas áreas geográficas.

A Portaria nº 2.556 que dispõe sobre Vigilância e Promoção da Saúde, para implantação, implementação e fortalecimento da Vigilância Epidemiológica da Hanseníase, Tracoma, Esquistossomose e Geohelmintíases, no que concerne à hanseníase, estabelece critérios para selecionar regiões prioritárias para o enfrentamento da doença (BRASIL, 2011a). Bem como dispõe sobre as principais ações que qualificam os serviços de saúde como: implantação de estratégias de busca ativa para detecção de casos novos de hanseníase; realização de diagnóstico, tratamento e acompanhamento de casos de hanseníase, incluindo eventuais estados reacionais; prevenção de incapacidades e reabilitação e realização da vigilância de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase, entre contatos registrados (BRASIL, 2011a).

As medidas de vigilância são voltadas ao aumento do percentual de exame de contatos, que em 2010 foi considerada regular, com 58%; 82,6% de cura nas coortes (PB e MB) e 89,4% de avaliação do grau de incapacidade física no diagnóstico, resultados considerados regulares, segundo parâmetros oficiais (BRASIL, 2012b, p. 14).

Ao realizar uma análise entre os modelos de assistência à saúde nas ACH no Brasil, é necessário entender a política de saúde e como foi a conformação ao longo dos anos na construção do atual política de controle da hanseníase. Para tanto, é necessário compreender que as políticas públicas surgem com as necessidades sociais, a hanseníase, por exemplo, tem sua origem bíblica e ao relacioná-la com o contexto brasileiro remontamos o período de colonização. De acordo com Opromolla (2011), a “lepra” chegou ao Brasil com os colonizadores europeus e se espalhou principalmente nas regiões litorâneas.

Nessa época e até o período imperial, a assistência à saúde era de responsabilidade das instituições religiosas. Desde o Império, as autoridades declaravam que não tinham como arcar sozinhas com as despesas, acionando entidades particulares na manutenção e criação de abrigos (SANTOS, 2006). Assim não era responsabilidade do Estado a prestação de cuidados aos pacientes com hanseníase.

Dentro de um contexto em que a hanseníase era considerada um mal do país, e a assistência prestada pelas instituições religiosas eram carentes de medidas profiláticas, e um sistema ineficiente, criou-se, em 1915, a Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas (IPLDV). A criação dessa inspetoria se deu pela necessidade de estabelecer medidas de profilaxia da lepra, como forma também de o Estado assumir a responsabilidade pela doença. Foi nessa época então que se criou um regulamento que tinha como diretrizes três ações principais as quais foram a notificação obrigatória, como a prescrita para outras doenças infecciosas, o exame periódico dos comunicantes, como meio de descobrir novos casos e o isolamento nasocomial em colônias ou mesmo em domicílio desde que cumprindo uma série de condições (CUNHA, 2010).

Entretanto, apesar de a lepra ter se disseminado pelo país há muitos anos e as políticas serem um processo de construção relacionada a aspectos econômicos, políticos e epidemiológicos, em seu estudo, Savassi (2010) relata que as políticas públicas adotadas pelo Brasil iniciaram-se somente no século XX, pautadas pelo isolamento e segregação dos doentes. Assim adotando, a partir do Governo Getúlio Vargas, um modelo implantado inicialmente em São Paulo, baseado no tripé do armamento antileproótico: leprosários, educandários e dispensários (SAVASSI, 2010). Esse modelo perduraria mesmo depois da descoberta do tratamento com as sulfonas, e se mostrara ineficaz tanto para a profilaxia, quanto para a cura dos doentes, ocasionando sequelas físicas e psíquicas com graves consequências aos pacientes isolados.

Anterior à elaboração de uma política pública de saúde sistematizada, as ações eram realizadas pelas instituições religiosas e, de forma pontual, com a criação da IPLDV as ações foram se consolidando. Fato compreensível uma vez que não havia um desenvolvimento científico que permitisse conhecer a etiologia e patogênese da doença.

Com o advento da industrialização e o avanço das indústrias químico-farmacêuticas, houve a introdução das sulfonas como forma de tratamento da hanseníase, na década de 1940, esse fato proporcionou a alta médica de alguns pacientes (SANTOS, 2008). Essa inovação no tratamento da doença e uma possível alta permitiram a desinstitucionalização dos pacientes. Para Velloso e Andrade (2002), desde a década de 1950 não existe mais a norma de isolar, compulsoriamente, o doente de hanseníase em hospitais-colônias para seu tratamento e a terapêutica era realizada em nível ambulatorial. Em 1959, com a adoção das sulfonas pela “Campanha Nacional Contra a Lepra”, extingue-se a internação em “leprosários”. Mas

somente em 1962, com a aprovação do Decreto nº 968, de 7 de maio, o isolamento é oficialmente extinto (CAVALIERE& COSTA, 2011).

Historicamente, no Brasil, as ações de diagnóstico e tratamento da hanseníase foram realizadas por unidades estatais especializadas em um modelo vertical. Para Savassi (2010), o controle da hanseníase era de responsabilidade de nível federal, desenvolvido por dermatologistas e hansenólogos e assistência social aos portadores de hanseníase era fornecida por organizações ligadas a igrejas. O modelo de assistência à saúde era basicamente voltado para a doença, com o tratamento feito por médicos especialistas, executadas pelas unidades de saúde das Secretarias Estaduais de Saúde, pelas unidades da antiga fundação de serviços públicos de saúde e um modelo basicamente curativista.

Em 1981, a OMS indicou um novo regime de tratamento multimedamentoso, a PQT (WHO, 1982). Isso representou um marco no progresso da endemia, a sucessiva expansão na cobertura da PQT reduziu a prevalência global. No Brasil, a PQT foi implantada em 1991, pela Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária que recomendou o regime PQT como único tratamento da hanseníase (BRASIL, 1989).

De 1991 a 2001, as ACH passaram por um intenso processo de mudanças advindos do novo modelo de organização dos serviços de saúde no Brasil. Esse novo modelo foi promulgado pela Constituição Brasileira de 1988, em seu artigo 196 que colocava a “*saúde como direito de todos e dever do Estado*” (BRASIL, 1988). A instituição do SUS com a Lei Orgânica 8080/90 consolida o sistema de saúde brasileiro, pautado nos princípios de universalidade, equidade e integralidade (BRASIL, 1990). Esse novo modelo de Vigilância em Saúde, mais abrangente e preocupado com questões complexas de determinantes sociais de saúde, também trouxe impactos no modelo de atenção à saúde para a hanseníase.

Com base nisso houve uma nova abordagem no Brasil para as ações do Programa de Eliminação da hanseníase as quais pudessem chegar a qualquer localidade. A referida abordagem baseou-se em três fundamentos principais (BRASIL, 1989):

- a) Descentralização do tratamento com qualidade;
- b) Desenvolvimento de um amplo programa de treinamento de profissionais de saúde na efetivação do diagnóstico e do tratamento dos casos;
- c) Divulgação de uma nova imagem da doença por meio da divulgação de material de informação à comunidade

Assim, seguindo tanto as necessidades sociais de mudanças no modelo de organização brasileira, quanto às orientações advindas da OMS, a publicação NOAS/SUS 01/2001 reforçou a hanseníase como prioritária na atenção primária à saúde (BRASIL, 2001). Essa publicação orientou que as atividades fossem desempenhadas por serviços de atenção primária para a eliminação da hanseníase, reforçando a horizontalização do programa no Brasil.

Essa transição deu-se de um modelo vertical, cujas ações de controle da hanseníase eram realizadas por unidades estatais e serviços especializados para um modelo horizontal. Neste, as atividades da hanseníase vêm sendo desempenhadas em serviços de atenção primária à saúde. Esse novo modelo de organização para as ACH tem como premissa principal a ampliação do acesso ao diagnóstico precoce, o tratamento oportuno com a PQT, vigilância dos contatos e qualidade no processo de reabilitação para aqueles com incapacidade.

O grande desafio é integrar a hanseníase na APS, contando como instrumento as ESF e as Estratégias de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), utilizadas no Brasil. Frente a essa discussão é extremamente importante avaliar em que medidas encontra-se a orientação para os atributos da APS nas ações de controle da hanseníase e ainda o comportamento epidemiológico da endemia nos diversos territórios.

Nesse momento, também é oportuno realçar que a descentralização político-administrativa advinda da criação do SUS possibilitou autonomia aos municípios, dessa forma a construção histórica do modo de organização dos serviços deu-se de forma diferente nos diversos territórios. Assim o modo de organização dos serviços municipais, juntamente com a descentralização das ACH para o âmbito da APS tornou-se um tema de intensas discussões e extremamente relevante estudar como isso se configurou ao longo do tempo.

Nos dias atuais os principais métodos de estudos utilizados para avaliar serviços são do tipo avaliativo, nesse sentido é necessário entender que a avaliação não surge apenas da identificação de uma pergunta ou formulação de uma hipótese, segundo Matida e Camacho (2004), anterior a isso é importante verificar os atores sociais, os recursos disponíveis, o grau de complexidade do problema e das ações.

No que concerne à avaliação de programas que identificam as barreiras e dificuldades estruturais enfrentadas, nos últimos anos emergiram, na literatura científica, várias iniciativas

de avaliação de serviços e programas, seja no campo das tecnologias em saúde em geral, seja na área específica das ações de controle e prevenção da hanseníase. No que diz respeito às ACH, os estudos avaliativos se inserem especialmente no campo de avaliar a integração da hanseníase nos serviços de APS e a inovação que o processo de descentralização provocou na rede de atenção primária.

Para fins didáticos foram separados os eixos de avaliação demonstrados pela literatura científica no que tange à hanseníase. O primeiro eixo é o da descentralização, o segundo da integração da hanseníase nos serviços gerais de saúde e, por último, a avaliação epidemiológica da doença nos diversos territórios.

Sob a ótica da avaliação da integração das ACH, Raposo e Battistella (2012) avaliaram em Aracaju características epidemiológicas e operacionais do programa de hanseníase no período anterior e posterior à integração nos serviços de APS e tiveram como resultado principal que insuficiências pré-existentes em ações de importância crucial para os resultados e impactos esperados do programa persistiram no período pós-integração.

Siddiquiet *et al.* (2009), também avaliou o processo de integração da eliminação da hanseníase na APS em Orissa, na Índia em uma perspectiva qualitativa. O estudo utilizou a percepção dos usuários e provedores sobre o processo e analisou as taxas de desempenho do programa, que no caso foram a taxa de abandono e a taxa de erros de diagnóstico e destacou a importância de acompanhar a efetividade e avaliação do processo de integração das ACH no âmbito da atenção primária, mesmo em um local no qual a hanseníase foi eliminada como problema de saúde pública.

Observa-se uma ampla diversidade de metodologias utilizadas para avaliar o programa de hanseníase, porém, em comum, a utilização de abordagens epidemiológicas por meio de indicadores como forma de avaliação da qualidade. Outra conclusão retirada dos estudos é a necessidade de continuar os esforços em avaliar serviços mesmo em situação de eliminação da doença como problema de saúde pública.

No eixo específico da descentralização do programa de hanseníase, os estudos concentram-se em avaliar o processo em um território. Estudo realizado na microrregião de Almenara, Lanza e Lana (2011) analisaram o processo de descentralização nas ESF, por meio de pesquisa qualitativa e constataram diferentes estágios do processo nos municípios estudados. Esse estudo concluiu que descentralização é uma estratégia capaz de enfrentar a

endemia hansênica na microrregião. Estudo realizado por Lana e Lanza (2012) apontou que a cobertura da ESF não assegura que a totalidade da população possua acesso às ACH.

O acesso é determinado pela priorização desse agravo na política de saúde, pela presença de profissionais capacitados e comprometidos na realização das ACH, pela disponibilização de instrumentos para a realização do exame dermatoneurológico, pelo oferecimento do exame baciloscópico e pela disponibilização de recursos para a divulgação dos sinais e sintomas da hanseníase para a população (LANA e LANZA, 2012, p.351).

A implantação da descentralização das ACH é vista como uma medida para melhorar as atividades relacionadas à diminuição da doença no país, ampliando o acesso e consequentemente a qualidade do serviço ofertado. Deste modo, pesquisa realizada em João Pessoa por Mendes *et al.* (2008) teve como objetivo identificar na visão dos gestores da área de saúde as atividades realizadas de controle da hanseníase, os quais reconheceram que a descentralização ainda estava em processo de implementação, também destacaram a importância em facilitar o acesso dos usuários ao diagnóstico e tratamento e diminuição do abandono ao tratamento. E ainda, que a busca por um serviço de referência possivelmente poderia estar relacionada à baixa resolubilidade da rede básica de saúde.

Para Raposo (2012), tradicionalmente, as avaliações de desempenho do Programa de Controle da Hanseníase (PCH) foram baseadas em um conjunto de indicadores definidos pelo Ministério da Saúde, compilados a partir de informações contidas nos registros de notificação/investigação, realizada no Sistema de Informação de Agravos de notificação (Sinan). Esse sistema foi desenvolvido na década de 1990 como ferramenta utilizada para a coleta, processamento, armazenamento e análise de dados sobre doenças de notificação obrigatória no Brasil (BRASIL, 2008a).

Segundo Fuzikawa (2007, p. 97), ainda há ameaças constantes de descentralização, tais como a rotatividade de profissionais, e resistência de muitos em participar das ACH, o desconhecimento ainda existente por parte dos profissionais de saúde e comunidade em geral, e a inércia de décadas de um programa de hanseníase executados por especialistas, muitas vezes à margem de mudanças estruturais e conceituais no sistema de saúde.

Estudos que analisaram a situação epidemiológica por meio dos indicadores constataram que a organização dos serviços de saúde influencia a realização do diagnóstico dos casos novos e aponta a necessidade de integrar a atenção primária em saúde na efetivação das ações de controle da hanseníase, a fim de detectar novos casos e vigilância contínua são necessárias para detectar recaídas e para garantir uma boa adesão do paciente ao tratamento

(LANZA *et al.* 2012; EL-DAWELA;MOHAMED; YOUSEF, 2012). A proporção de casos detectados com grau II de incapacidade e o predomínio de formas passivas de detecção sugerem que o diagnóstico está sendo tardiamente realizado e corroboram a importância da integração das ações de controle da hanseníase na atenção básica (LANA; CARVALHO;DAVI, 2011).

Atualmente, a avaliação do desempenho da APS nas ACH deve ser idealizada em termos de sua adequação às prescrições oficiais. Com isso, busca-se uma avaliação que seja capaz de avaliar a integração do programa na rede básica, a qualidade da atenção e fornecer recomendações plausíveis para melhoramento contínuo do programa na APS. Outra abordagem que aqui se pode referir é que, de acordo Donabedian (1966), a avaliação de desempenho deve ter dois componentes essenciais, aqueles que representam por parte de quem oferece a atenção (profissionais e gestores) e o segundo componente sob a ótica daquele que utiliza o sistema (usuários).

No que concerne a esse tipo de avaliação, é oportuno salientar que na literatura científica há pouca abordagem nesse sentido. A perspectiva avaliativa dos profissionais da rede básica de saúde é extremamente relevante, visto que apenas a avaliação epidemiológica não avalia de forma efetiva os processos que fazem parte do atendimento aos usuários de hanseníase. Faz-se necessário avaliar tanto na perspectiva dos diferentes atores sociais envolvidos na organização dos serviços, bem como em um contexto concreto por meio de indicadores epidemiológicos e operacionais da hanseníase.

Frente a essa discussão de avaliar o desempenho da atenção primária à saúde apenas com relação ao perfil epidemiológico no âmbito da hanseníase, Lanza (2014a) eLanza; Vieira; Oliveira; Lana(2014a, 2014b, 2014c), avaliaram o desempenho da APS nas ACH em municípios endêmicos de Minas Gerais, por meio dos atributos da APS com um instrumento baseado no Primary Care Assesment Tool (Pcatool). Neste estudo foi possível constatar por meio da avaliação dos atributos da APS as fragilidades que impedem a qualificação da APS para o controle da hanseníase.

Ainda outro estudo avaliou o desempenho de trabalhadores de centros primários de saúde e centros urbanos de hanseníase no que concerne ao conhecimento e trabalho para a erradicação da doença no âmbito do programa nacional no distrito de Satara, na Índia. Esse estudo conclui que o referido distrito eliminou a hanseníase, principalmente, devido ao bom conhecimento e qualidade de desempenho dos trabalhadores (MOHITE; MOHITE, 2012).

Pode-se observar, com a breve descrição desses estudos, uma diversidade de métodos de avaliação das ACH. É perceptível, ao realizar a leitura dos artigos, que os objetos são avaliados de forma fragmentada, há uma necessidade de avaliar tanto o processo como os resultados obtidos no PCH.

A APS torna-se um cenário de avaliação constante frente à descentralização, nesse sentido, é necessário reconhecer as condições estruturais, modos de organização dos serviços e atores sociais, e compreender questões que determinam serviços de alta qualidade.

Em 1978, a meta “Saúde para Todos no Ano 2000”, em Alma-Ata (OMS, 1978), estimulou o Brasil na criação do SUS em 1990, com o intuito de universalizar o acesso aos serviços e definir a APS como porta de entrada e como principal estratégia para alcançar a meta. Os conceitos de universalidade, integralidade, equidade, descentralização e controle social da gestão orientam a APS para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde.

Para Starfield (2002, p. 28):

A atenção primária é aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção à pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros.

Starfield (2002) subdivide os atributos em essenciais e derivados. A seguir far-se-à uma breve conceituação de cada atributo.

2.1 ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A APS é reconhecidamente um componente-chave dos sistemas de saúde e no tocante ao Brasil apresenta-se como o principal ponto de entrada da assistência à saúde. Esse reconhecimento da importância da APS fundamenta-se nas evidências de seu impacto na saúde e no desenvolvimento da população nos países que a adotaram como base para seus sistemas de saúde: melhores indicadores de saúde, maior eficiência no fluxo dos usuários dentro do sistema, tratamento mais efetivo de condições crônicas, maior eficiência do cuidado, maior utilização de práticas preventivas, maior satisfação dos usuários e diminuição das iniquidades sobre o acesso aos serviços e o estado geral de saúde da população (STARFIELD, 2002; OPAS, 2011a).

Para isso a APS apresenta dois aspectos distintos e interdependentes: é uma estratégia de organização e reorganização dos sistemas de saúde, nos quais representa o primeiro nível de atenção, e também um modelo de mudança da prática clínico-assistencial dos profissionais de saúde (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013, p. 159). Os eixos estruturantes que orientam a atenção primária referem-se aos atributos essenciais (atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação) e aos atributos derivados (orientação familiar e comunitária e competência cultural) (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013; STARFIELD, 2002).

2.1.1 Atributos essenciais

Atenção de primeiro contato

A atenção ao primeiro contato, para Starfield (2002), envolve a agregação de vários atributos e conceitos, como acessibilidade, acesso e porta de entrada. “A atenção ao primeiro contato implica acessibilidade e uso do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um problema para o qual as pessoas buscam atenção à saúde” (STARFIELD, 2002, p. 61). O conceito de acesso é diferenciado de acessibilidade, uma vez que esta compreende a questão geográfica, ou seja, é o modo como às pessoas chegam ao serviço. Já o acesso é entendido como o uso oportuno de serviços pessoais de saúde para alcançar melhores resultados possíveis, é a forma como a pessoa experimenta essa característica no serviço (STARFIELD, 2002, p. 225).

Para Starfield (2002), o acesso envolve a localização da unidade de saúde próxima da população a qual atende, os horários e dias em que está aberta para atender, o grau de tolerância para consultas não-agendadas e o quanto a população percebe a conveniência desses aspectos do acesso.

Ainda que o conceito de acesso geralmente seja compreendido como sendo semelhante à disponibilidade de serviços e recursos de saúde, deve-se também considerar necessariamente a importância de que estes estejam disponíveis no momento e no lugar de que a pessoa necessita; a forma de ingresso no sistema de saúde também deve ser clara. De fato, a comprovação do acesso consiste na utilização de um serviço e não, simplesmente, na existência deste (HORTALE *et al.*, 2000; TRAVASSOS; MARTINS, 2004)

Outro conceito essencial que envolve a discussão da dimensão acessibilidade de primeiro contato é o atributo porta de entrada. Esse atributo implica acesso e uso do serviço de atenção primária a cada novo problema ou novo episódio de um problema pelo qual as

peças buscam atenção à saúde (STARFIELD, 2002, p.61), sempre como o primeiro atendimento procurado, exceto nos casos de urgência (ALMEIDA; MACINKO, 2006).

Longitudinalidade

Para Starfield (2002, p. 62):

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

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

A justificativa de abordar o atendimento continuado na hanseníase deve-se ao caráter de processo infeccioso crônico, potencialmente degenerativo, com repercussões físicas, sociais e psicológicas, faz com que a longitudinalidade da atenção seja uma meta a ser alcançada na hanseníase (BRITTON& LOCKWOOD, 2004).

Integralidade

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

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

Essa passagem vai de encontro às necessidades sociais que a assistência em hanseníase impõe aos diversos serviços que fazem parte do cuidado ao usuário. No que diz respeito à integralidade dos serviços prestados, pode-se citar aqui como exemplo algumas atividades inerentes aos serviços de APS, como: suspeição, diagnóstico, tratamento do caso, acompanhamento de possíveis complicações e vigilância após alta por cura (BRASIL, 2010a). São algumas ações atribuídas aos profissionais de serviços de APS que devem ser desempenhadas com alta qualidade no atendimento ao usuário com hanseníase.

Coordenação

Starfield (2002, p. 63), destaca que a “coordenação (integração) da atenção requer alguma forma de continuidade, seja por parte dos profissionais, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além de reconhecimento de problemas (um elemento processual)”. A essência da coordenação é a disponibilidade de informações a respeito de problemas e serviços anteriores e o reconhecimento daquela informação, na medida em que está relacionada às necessidades para o presente atendimento (STARFIELD, 2002).

A coordenação da atenção requer alguma forma de continuidade, e esse é o grande desafio dos serviços de saúde, ou seja, coordenar o cuidado por parte dos profissionais por meio de prontuários, ou serviços de referência e contrarreferência, além de reconhecer problemas de saúde das populações adscritas.

Por exemplo, os problemas observados em consultas anteriores ou pelos quais houve algum encaminhamento para outros profissionais especializados deveriam ser avaliados nas consultas subsequentes (STARFIELD, 2002).

A coordenação ou integração de serviços consiste na capacidade do serviço de saúde de garantir a continuidade da atenção ao doente ao longo do sistema de saúde através da identificação de suas necessidades e do fluxo de informação que acompanha o doente ao longo de seu percurso pelo sistema de saúde (DONALDSON *et al.*, 1996).

Para tanto, torna-se importante o desenvolvimento de ações articuladas e integradas a outros serviços para a continuidade e integralidade da assistência aos usuários de hanseníase, independente de estarem em serviços de atenção primária ou qualquer outro nível do sistema de saúde.

2.1.2 Atributos derivados

Orientação Familiar

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

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

Há uma necessidade emergente de que os profissionais compreendam uma nova concepção do cuidado que extrapole a esfera biomédica e individualizada, para uma atenção integral além dos limites das unidades, de forma a entender o contexto familiar e social em que os usuários de saúde estão inseridos.

Orientação Comunitária

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

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

As ações de comunicação são fundamentais à divulgação das informações sobre a hanseníase dirigidas à população em geral e, em particular, aos profissionais de saúde e às pessoas atingidas pela doença e as de sua convivência, de forma a promover a democratização

e a descentralização das ACH (BRASIL, 2010a). Para tanto é necessário o conhecimento das necessidades da população atendida pelos profissionais de saúde da atenção primária.

Orientação Profissional

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

Utilizou-se como sinônimo a expressão “orientação profissional”, que segundo Almeida e Macinko (2006), pressupõem que a atenção básica seja uma área de “especialização” que requer formação específica. Assim é necessário que os profissionais de saúde sejam capacitados para desempenhar suas funções segundo os atributos mencionadas anteriormente (ALMEIDA; MACINKO, 2006).

Em relação a profissionais da atenção primária, este deve integrar a atenção para a variedade de problemas de saúde que os indivíduos apresentam com o tempo (STARFIELD, 2002).

3. Métodos

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo quantitativo que insere-se no campo da pesquisa avaliativa, e tem duas etapas: refere-se à avaliação da orientação dos atributos da APS nas ACH e ao comportamento epidemiológico dos indicadores da hanseníase no município de Betim em um contexto teórico de descentralização das ações de controle da doença.

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

Dessa forma, a metodologia de avaliação utilizada baseou-se nos conceitos centrais de Starfield (2002), considera que o sistema de serviços de saúde possui uma estrutura (ou capacidade) que consiste das características os quais possibilitam oferecer serviços, os processos (desempenhos) que envolva tanto ações por parte dos profissionais de saúde no sistema como ações das populações e dos pacientes. E na hanseníase, os resultados também podem ser expressos por indicadores epidemiológicos e operacionais da doença, por isso, realizou-se uma etapa de avaliação epidemiológica.

Para ilustrar de forma esquemática este estudo, elaboramos um diagrama explicativo do desenho do estudo (FIG 1).

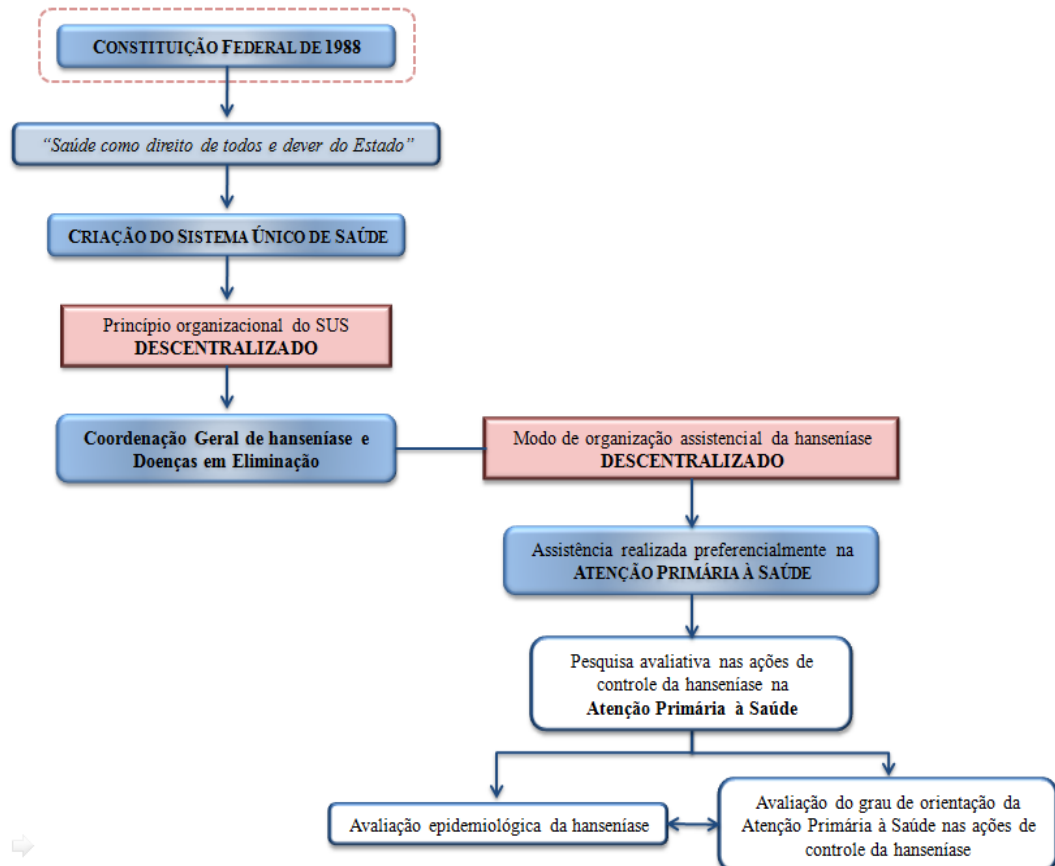


FIGURA 1 – Diagrama esquemático do desenho do estudo

3.2 CENÁRIO DO ESTUDO

Este estudo insere-se em uma pesquisa ampla em processo de desenvolvimento do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Hanseníase (NEPHANS) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Escola de Enfermagem, que tem como título “Vigilância, prevenção e controle da hanseníase em Minas Gerais: Distribuição espacial dos casos, avaliação dos serviços em saúde e análise da infectividade em contatos domiciliares”. Com financiamento do Ministério da Saúde por meio da Secretaria de Vigilância em Saúde, o eixo avaliação dos serviços de saúde tem como objetivo avaliar o desempenho da atenção primária à saúde na atenção à hanseníase. Este estudo está sendo desenvolvido na RMBH, nos municípios de Belo Horizonte, Contagem, Betim e Lagoa Santa.

Como são quatro municípios com realidades bem distintas, optou-se por explorar Betim em um primeiro momento, visto o contexto histórico que envolve essa cidade. Relaciona-se à instalação da Colônia Santa Izabel, em 1931, nos períodos em que a política de assistência à hanseníase era o internamento compulsório.

Historicamente a assistência e controle da hanseníase foram instituídos pela presença da Colônia Santa Izabel desde 1931. Porém, nos dias atuais, há no município a UBS Citrolândia, que foi um serviço formalizado como Centro Colaborador de Referência em hanseníase em 2002, após discussão com a equipe, gerência da unidade, Secretaria Municipal de Saúde de Betim e Secretaria Estadual de Saúde (FUZIKAWA, 2007).

A UBS Citrolândia é uma unidade básica de saúde de Betim na qual há duas ESF na estrutura física e a equipe de referência de hanseníase do município. De acordo com Fuzikawa (2007), as atribuições dos profissionais dessa unidade de referência em hanseníase, sofreram intensas modificações advindas do processo de descentralização; esperava-se diminuição da assistência direta pelo serviço de referência às pessoas com hanseníase, instituição de novas responsabilidades, como a capacitação, supervisão e apoio técnico aos profissionais de outras UBS.

É oportuno salientar, o papel da UBS Citrolândia, visto que na avaliação do desempenho dos serviços da APS nas ACH essa UBS foi citada frequentemente, como sendo o serviço de referência em hanseníase do município.

Compreende-se que culturalmente é o serviço de referência de hanseníase de Betim, além disso, é conhecido pelos profissionais da APS, pelos gestores municipais, pelos Agentes Comunitários de saúde (ACS) e também pelos usuários.

Justifica-se a realização do estudo em Betim é que, em termos de descentralização, o município teve uma significativa evolução alcançando o total de 90% das unidades básicas de saúde com equipe capacitada para desenvolver ACH (FUZIKAWA, 2007). Nesse sentido, é importante avaliar após mais de uma década da integração das ACH nas unidades de APS em que condições os profissionais, ACS, gestores e usuários consideram a orientação para a atenção primária à saúde nas ACH e a análise do comportamento dos principais indicadores da hanseníase no município.

Atualmente, a regionalização da rede de APS do município de Betim é composta por oito regionais, nas quais fazem parte as Unidades Básicas de Saúde (UBS). Essas unidades agregam, na mesma estrutura física, uma ou mais ESF ou EACS. No momento da realização da pesquisa no município existiam 34 UBS, distribuídas de forma desigual 90 ESF e 7 EACS. A TAB. 1 mostra a distribuição das ESF e das EACS por regional no município de Betim.

TABELA 1

Distribuição dos serviços de atenção primária à saúde por regional do município de Betim, 2014

Regional	UBS (n)	ESF (n)	EACS (n)
Alterosas	8	26	-
Centro	5	12	-
Citrolândia	3	6	-
Imbiruçu	6	21	-
Vianópolis	2	3	-
PTB	5	9	-
Norte	2	8	2
Teresópolis	3	5	5
Total	34	90	7

Nota: UBS (Unidade Básica de Saúde), ESF (Equipe de Saúde da Família) e EACS (Equipe de Agentes Comunitários de Saúde).

O município de Betim foi considerado prioritário pelo MS no desenvolvimento das ações de aceleração para eliminar a hanseníase como problema de saúde pública. Os critérios de seleção definiam municípios que apresentavam como hiperendêmicos para a prevalência e detecção de novos casos. Foram considerados municípios prioritários aqueles que registraram no mínimo 50 casos novos em tratamento em dezembro de 2003, e dentre esses, foram selecionados aqueles que diagnosticaram em média, nos últimos cinco anos, um mínimo de dez casos MBe ainda dois casos entre menores de quinze anos e todas as capitais dos estados (BRASIL, 2001b).

O último Plano Municipal de Saúde de Betim (2010-2013) orientou que as ACH deveriam ser realizadas nas UBS, ou seja, de forma descentralizada conforme preconizado pelo MS, como se pode observar no Quadro 1.

QUADRO 1

Modo de organização da atenção à saúde em hanseníase no município de Betim, 2010

Eixo Estruturante da atenção à saúde - forma de organização	
Diretriz	Descrição da Meta
Descentralizar as ações de controle da hanseníase, oferecendo e garantindo atendimento qualificado e humanizado na atenção básica, especializada e hospitalar.	Realizar simpósio intermunicipal em ações de controle da hanseníase; Disponibilizar os exames de coletividade da hanseníase em 100% das UBS, com mobilização dos Agentes Comunitários de Saúde; Reestruturar e ampliar o Serviço de Adaptação de Calçados e Palmilhas na rede; Implantar o fluxo de referência e contra referência em hanseníase; Realizar encontro de pacientes e ex-pacientes de hanseníase e seus familiares.

Fonte: Plano Municipal de Saúde de Betim 2010- 2013 (BETIM, 2010, p.120).

3.3 FONTES DE INFORMAÇÃO E COLETA DE DADOS

Para alcançar os objetivos propostos neste estudo, a pesquisa foi desenvolvida em duas etapas, sendo que cada uma teve uma fonte de informação específica para avaliar o desempenho dos serviços de atenção primária do município de Betim na atenção à hanseníase. Essas duas etapas foram necessárias para se realizar uma análise abrangente do serviço de APS em Betim na atenção a hanseníase e a comportamento da doença após o período de descentralização das ACH.

Na primeira etapa, para avaliar o desempenho da APS nas ACH, aplicou-se um instrumento de avaliação da atenção à hanseníase em informantes-chave da rede da APS de Betim. Durante a aplicação do instrumento de coleta de dados face-a-face com os profissionais da saúde (médicos e enfermeiros), ACS, gestores e usuários, elaborou-se um diário de campo. Esse diário de campo tinha como objetivo sistematizar, na visão dos entrevistados, os principais significados dentro de cada atributo para melhor compreensão do serviço.

A segunda etapa foi acrescida como forma de avaliar a magnitude da endemia no município, pois apenas a avaliação de desempenho na perspectiva dos informantes-chave era insuficiente para responder às questões. Foi realizada uma avaliação epidemiológica da endemia por meio da construção de indicadores dos últimos dez anos do município cenário deste estudo.

O período de coleta dos dados foi compreendido em momentos diferentes para as etapas do estudo, a saber:

1º etapa: As entrevistas foram realizadas entre os meses de fevereiro, março e abril de 2014. Para a primeira etapa, foi realizado um treinamento de uma entrevistadora para a aplicação do questionário. Foram apresentadas à entrevistadora o manual de coleta de dados, no qual continha informações referentes à aplicação do instrumento de avaliação da APS na atenção à hanseníase. O segundo momento do treinamento foi composto pela aplicação face a face com um informante-chave sob supervisão da mestrandia responsável. Os erros identificados foram corrigidos e a padronização das entrevistas teve como intuito diminuir um possível viés de aferição.

2º etapa: A avaliação epidemiológica da endemia foi realizada nos meses de julho e agosto de 2014. Essa etapa foi composta pela seleção dos principais indicadores da

hanseníase, bem como indicadores que também avaliassem o processo de descentralização da endemia em Betim. O banco de dados foi construído com os indicadores selecionados e o período em análise foi compreendido entre 2003 a 2013.

3.3.1 Instrumento de avaliação das ações de controle da hanseníase na atenção primária

Para a primeira etapa deste estudo, foi utilizado um instrumento formulado e validado por Lanza (2014), Lanza; Vieira; Oliveira; Lana(2014a, 2014b, 2014c) para avaliar o grau a orientação dos serviços de atenção primária na realização das ACH. O referido instrumento tem como título: “Instrumento de avaliação das ações de controle da hanseníase na atenção primária”, e foi construído baseado no referencial teórico dos atributos da APS (STARFIELD, 2002), na Portaria nº 3.125 (BRASIL, 2010a), Linha Guia Hanseníase da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2006) e em manuais e cartilhas do MS (BRASIL, 2008a; BRASIL, 2008b).

Foram validados por Lanza (2014), Lanza; Vieira; Oliveira; Lana(2014a, 2014b, 2014c) quatro instrumentos destinados aos ACS (ANEXO A), aos profissionais de saúde (ANEXO B), aos gestores municipais de saúde (ANEXO C) e aos usuários do serviço de hanseníase (ANEXO D). Cada questionário contém questões específicas para avaliação do desempenho dos serviços de saúde da APS nas ACH e incluiu questões referentes aos atributos da APS: porta de entrada, acesso, atendimento continuado, integralidade dos serviços disponíveis e prestados, coordenação, orientação familiar, orientação comunitária e orientação profissional.

Todas as versões do instrumento fazem a mesma abordagem das dimensões da APS, porém o questionário destinado aos usuários também inclui perguntas sobre dados sociodemográficos e informações clínicas (LANZA, 2014; LANZA; VIEIRA; OLIVEIRA; LANA, 2014d).

Na ESF o trabalho em equipe é considerado uma premissa fundamental para a mudança do atual modelo hegemônico, em que haja uma interação constante e intensa de profissionais de diferentes categorias e com variedade de conhecimentos e capacidades que conversem entre si para que o cuidado do usuário seja de qualidade. Cada equipe deve ser constituída por no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar

ou técnico de enfermagem e ACS, podendo acrescentar a essa composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal (BRASIL, 2011b).

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

Os profissionais da saúde (médicos e enfermeiros), ACS e gestores responderam cada item do questionário segundo a escala de Likert (ANEXO E). Devido às dificuldades de compreensão da escala de Likert, por parte dos usuários, Lanza (2014) e Lanza; Vieira; Oliveira; Lana(2014a, 2014b, 2014c) recomendaram a substituição desta por outra escala relativamente mais simples, dessa forma adotou-se uma outra escala (ANEXO F) que facilitasse o a compreensão.

Foi proposta a realização da coleta de dados em 100% das UBS do município de Betim, sendo que em cada equipe de ESF ou EACS foram convidados a participar do estudo o médico, enfermeiro, gerente, e um ACS.

Os “Gerentes Municipais” foram compostos por gerentes das UBS de Betim e pela Referência Técnica de hanseníase do município. Assim foi elegível para o estudo todos aqueles que aceitaram participar da pesquisa. Os gerentes foram os informantes-chave com a menor quantidade de perdas; na proposta inicial seriam realizadas entrevistas com o Secretário Municipal de Saúde e o Coordenador da APS, mas por motivos de dificuldade de agendamentos não foi possível realizar essas entrevistas. Apenas uma UBS do serviço de Betim não foi realizada entrevista com o gestor, uma vez que este se encontrava de férias.

O grupo “Profissional da saúde” foi composto por profissionais de nível superior sendo representado por médicos e enfermeiros que trabalhavam na rede de APS do município. Para o profissional médico, o único critério de exclusão seria o fato de esse profissional pertencer ao “Programa Mais Médicos”, uma vez que no período de coleta de dados o programa estava recentemente implantado nos serviços de APS.

Em relação aos enfermeiros as perdas foram referentes às férias, licença maternidade, recusas, unidades com desfalque desses profissionais ou mesmo não conseguiram o agendamento pelo fato da demanda de atendimentos das UBS. A perda maior foi com relação aos profissionais médicos, uma vez que já é complicado o agendamento com estes

profissionais e, no período de coleta de dados, a rede de APS contava com 14 Médicos do “Programa Mais Médicos”. Esse fator foi limitante, já que era um critério de exclusão desse profissional. Outras perdas foram referentes a unidades com desfalque de médicos, recusas e licenças médicas.

Com relação aos ACS, foi entrevistado apenas um de cada equipe (ESF ou EACS) do serviço de APS de Betim. É oportuno relatar que durante a coleta de dados houve greve por parte desses profissionais, causando impacto nas entrevistas com os usuários. A amostra dos ACS foi do tipo por conveniência; dessa forma foram entrevistados aqueles que estavam na unidade no momento das visitas das pesquisadoras ou por indicação dos gerentes das UBS. O critério de inclusão do ACS era que o mesmo atuasse há pelo menos um ano na UBS.

A aplicação do questionário com os profissionais de saúde (médicos, enfermeiros), ACS e gestores foi realizada no ambiente de trabalho, agendadas de acordo com a disponibilidade de cada profissional. As entrevistas foram realizadas com os informantes-chave que preenchiam os critérios de inclusão, e que aceitaram participar do estudo após a explicação dos objetivos da pesquisa.

Os “usuários” convidados a participar do estudo foram aqueles identificados por meio da Ficha de Notificação Individual do SINAN e a partir das fichas de acompanhamento de casos de hanseníase disponibilizadas pelo serviço de saúde de Betim.

Os critérios de inclusão dos usuários foram: os casos de hanseníase acima de 18 anos que estão em vigência do tratamento ou que terminaram o tratamento entre 2010 a 2013 e que realizaram o tratamento na rede de APS do município. Foram excluídos os usuários com evidência de déficit intelectual, dificuldades físicas e orgânicas, casos em regime prisional, residentes na zona rural e aqueles que fizeram tratamento em hospitais, unidades secundárias e clínicas particulares e que no momento da coleta de dados não residiam na área de abrangência nas unidades de saúde da APS de Betim.

Em relação à coleta de dados com os usuários, primeiramente as pesquisadoras realizavam uma reunião com os Gerentes das UBS da APS para informar quem eram os usuários elegíveis para o estudo (nome, endereço e telefone – dados retirados do SINAN). Nessa reunião, o gerente checava se o paciente ainda residia na área de abrangência da unidade e depois fazia o contato via telefone ou via Carta Convite pelo ACS. Só após o aceite

de participação na pesquisa pelo usuário, este era contactado pelos pesquisadores para o agendamento da entrevista.

Foram identificados, por meio do Sinan, 47 usuários elegíveis para o estudo. A Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais disponibilizou a lista completa dos usuários notificados de 2010 a 2013, como forma de evitar um possível viés de memória. Para identificar os usuários que receberam atendimento na rede de APS de Betim, utilizou-se o campo do Sinan “ID_UNIDADE” que contém o nome completo e código da unidade de saúde que realizou o atendimento e notificação do caso. Ao realizar todos esses filtros, havia para a coleta 47 usuários, sendo que foram excluídos por meio dos critérios estabelecidos 17 usuários. Sendo que destes dois menores de idade, um falecimento, um com déficit orgânico e 10 atendidos em serviços de referência e três mudaram-se.

Conforme os critérios de inclusão acima estabelecidos, foram elegíveis para o estudo 30 usuários. Destes, obteve-se um abandono de tratamento, 12 não localizados e uma recusa. Aplicados os critérios de inclusão e exclusão foram entrevistados 16 usuários para este estudo.

O contato com os usuários foi realizado pelos gerentes das UBS, via telefone ou carta convite entregue pelo ACS. Porém houve dificuldades em encontrar esses usuários, problemas operacionais referentes ao período de coleta de dados. Os motivos foram à rotatividade da população e a greve dos ACS.

Durante a aplicação do instrumento de avaliação da APS na hanseníase, adotou-se o diário de campo, como um instrumento complementar de modo a contextualizar as respostas dos participantes. Durante as entrevistas, procurou-se registrar no diário de campo informações significativas que continham e guardavam relação com os objetivos estabelecidos neste estudo.

O quadro 2 traz uma síntese do total de entrevistas realizadas com os informantes-chave do município de Betim.

QUADRO 2

Síntese do número de entrevistas realizadas e das perdas por informantes-chave da rede de atenção primária à saúde do serviço de Betim, 2014

Critérios	Informantes- Chave				
	ACS	Profissionais de saúde		Gestores	
		Médicos	Enfermeiros		
Exclusão	--	14	--	--	
Perdas	Não localizados*	14	18	8	3
	Recusas	--	3	--	--
Realizadas	83	49	85	34	

* Os informantes- chave considerados como não localizados, foram aqueles que no momento da coleta de dados estavam de atestado, férias, licença maternidade e quando não havia a possibilidade de agendamentos futuros. Com relação aos agentes comunitários de saúde, as perdas foram referentes à greve desses profissionais no momento da coleta de dados.

3.3.2 Sistema de informação de agravos de notificação

O comportamento epidemiológico foi composto pela série histórica de janeiro de 2003 a dezembro de 2013 e foi restrita a casos diagnosticados de hanseníase em residentes no município de Betim. Os dados foram provenientes do Sinan, disponibilizados pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais.

Justificou-se a utilização dessa fonte de dado secundária, uma vez que a capacidade operacional dos serviços de saúde e dos programas de controle influencia a evolução dos indicadores relacionados à hanseníase.

Os dados epidemiológicos foram coletados do Sinan disponibilizados pela Coordenação Estadual de Dermatologia Sanitária da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais. As informações sobre a população residente estratificada por faixa etária foi obtida por meio do DATASUS e de estimativas populacionais, realizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). O Sinan representa a fonte nacional de informações sobre agravos de notificação, apresenta ainda algumas limitações relacionadas à fidedignidade dos dados, à duplicidade de registros e à ausência de padronização no lançamento dos dados; entretanto, tem se aperfeiçoado a cada ano e vem se consolidando como uma importante fonte de dados em pesquisas em saúde.

Para realizar a avaliação epidemiológica do município, foram selecionados alguns indicadores que representassem a força e magnitude da doença, bem como indicadores que avaliassem a efetividade das ACH desempenhadas pelos serviços de saúde do município. Foram selecionados alguns indicadores recomendados pela Portaria nº 3.125 (BRASIL,

2010a) que aprova as diretrizes, para vigilância, atenção e controle da hanseníase, além disso foram criados alguns indicadores que retratassem o serviço de saúde.

O quadro 3 apresenta uma síntese dos indicadores do MS (2010a) selecionados para a avaliação epidemiológica da hanseníase em Betim. Esses indicadores foram retirados da Portaria nº 3.125 (BRASIL, 2010a).

QUADRO 3

Síntese dos indicadores selecionados para a avaliação epidemiológica da hanseníase em Betim, 2014

(Continua)

Indicador	Utilidade	Parâmetro
Coefficiente de detecção anual de casos novos de hanseníase por 100.000 habitantes.	Medir a força de morbidade, magnitude e tendência da endemia.	Hiperendêmico: > 40,00 casos/100.000 hab. Muito alto: 20 – 39,99 casos/100.000 hab. Alto: 10,00 – 19,99 casos/100.000 hab. Médio: 2,00 – 9,9 casos/100.000 hab. Baixo: < 2,00 casos/100.000 hab.
Coefficiente de detecção anual de casos novos de hanseníase em menores de 15 anos de idade por 100.000 habitantes	Medir a força de transmissão recente da endemia e sua tendência.	Hiperendêmico: > 10,00 casos/100.000 hab. Muito alto: 5 – 9,99 casos/100.000 hab. Alto: 2,50 – 4,99 casos/100.000 hab. Médio: 0,50 – 2,49 casos/100.000 hab. Baixo: < 0,50 casos/100.000 hab.
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 de detecção oportuna e/ou precoce de casos.	Alto \geq 10% Médio 5 a 9,9% Baixo < 5%
Coefficiente de casos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico por 100.000 habitantes	Avaliar as deformidades causadas pela hanseníase na população em geral e compará-las com outras doenças incapacitantes	A OMS não definiu parâmetros para esse indicador. A meta global da OMS é reduzir este coeficiente em pelo menos 35% de 2011 a 2015. No Brasil, é reduzir em 13% de 2008 a 2015.
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 (Portaria nº325/ GM de 21 de fevereiro de 2008).	Bom \geq 90% Regular: 75 a 89,9% Precário < 75%

QUADRO 3

Síntese dos indicadores selecionados para a avaliação epidemiológica da hanseníase em Betim, 2014

(Conclusão)

Indicador	Utilidade	Parâmetro
Proporção de 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 as ações da programação das ações de vigilância em saúde Programação das ações de vigilância em saúde	Bom $\geq 75\%$ Regular: 50 a 74,9% Precário $< 50\%$
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	Bom $< 10\%$ Regular: 10a 24,9% Precário $\geq 25\%$

Fonte: Portaria nº 3.125 (BRASIL, 2010a).

Ao realizar uma exploração do banco de dados do Sinan, foi possível identificar variáveis de interesse que contribuiriam para compreender os principais modos de detecção dos casos de hanseníase e ainda os serviços que notificavam os casos de hanseníase e os serviços utilizados pelos usuários para tratarem da doença. O comportamento desses novos indicadores foi valiosa na avaliação dos serviços de saúde.

O quadro 4 ilustra os indicadores criados para esta pesquisa, como forma de completar a avaliação dos serviços de saúde.

QUADRO 4

Síntese dos indicadores criados para a avaliação dos serviços de saúde em Betim, 2014

(continua)

Indicador	Utilidade	Fórmula
Proporção dos casos de hanseníase notificados nos serviços de atenção primária à saúde	Avaliar o quão os serviços de saúde da atenção primária à saúde estão preparados para o diagnóstico e notificação dos casos de hanseníase	$X = \frac{\text{número de casos novos diagnosticados nos serviços de atenção primária à saúde}}{\text{total de casos novos diagnosticados no ano de avaliação}}$
Proporção de casos de hanseníase tratados nos serviços de APS	Avaliar o quão os serviços de saúde da atenção primária à saúde estão preparados para o acompanhar os casos de hanseníase diagnosticados no ano de avaliação	$X = \frac{\text{número de casos novos em tratamento nos serviços de atenção primária à saúde}}{\text{total de casos novos diagnosticados no ano de avaliação}}$

QUADRO 4

Síntese dos indicadores criados para a avaliação dos serviços de saúde em Betim, 2014

(Conclusão)

Indicador	Utilidade	Fórmula
Proporção dos casos de hanseníase por tipo de detecção	Avalia o quanto a comunidade conhece sobre a doença, bem como a sensibilização dos profissionais da atenção primária em identificar e encaminhar casos suspeitos da doença. Ainda avalia-se a vigilância dos contatos domiciliares e a realização de campanhas educativas para a detecção precoce de casos de hanseníase.	$X = \frac{\text{Tipo de detecção}}{\text{Total de casos novos diagnosticados no ano de avaliação}}$

Os indicadores de avaliação dos serviços de saúde, uma vez que foram criados para este estudo não existiam parâmetros para classificação. Por esse motivo optou-se por realizar uma evolução de 2003 a 2013 desses indicadores para o município de Betim.

3.4 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

3.4.1 Instrumento de avaliação das ações de controle da hanseníase na atenção primária

Os dados foram coletados na primeira etapa da pesquisa, foram digitados no software *Epi-Info* (versão 7), com entrada dupla realizada em dois bancos distintos, para garantir a consistência dos dados. Para assegurar que as digitações fossem consistentes, utilizou-se o comando “date compare” do software *Epi-Info* (versão 3.5.3). Os dados foram analisados no *Statistical Package for the Social Sciences 19* (SPSS).

A análise dos dados foi composta por quatro etapas, sendo elas descritas a seguir:

1º Etapa: Tratamento prévio do banco de dados

Após a conferência dos dados, foi realizada a frequência dos *missings* (repostas “9” e “8”) de cada item. Esse procedimento possibilitou verificar os itens que tiveram respostas do tipo *missings* menores do que 50%, para promover a inversão da resposta 9 (não sabe/não lembra) para 2 (provavelmente, não). Essa inversão de valores das respostas 9 para o 2, ou seja, aqueles respondentes que declaram “não lembrar ou não saber” foi convertido na resposta do “provavelmente não”. Caso o percentual de *missings* fosse maior que 50%, esse item foi

excluído da análise do escore do atributo. Outra inversão realizada foi que em algumas questões quanto maior o valor atribuído à resposta, menor era a orientação para a realização das ACH na APS, como ilustra o quadro 5. Ou seja, os valores da escala de likert foram invertidos da seguinte maneira: (valor 4=1), (valor 3=2), (valor 2=3) e (valor 1=4) (LANZA, 2014).

QUADRO 5

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

Versões do instrumento	Itens que tiverem inversão dos valores da resposta
Gestores	D3, D4, D5
Médicos e Enfermeiros	D3, D4, D5, G12
ACS	D2, D3, D4, D8
Usuários	D3,D4,D5,D8

2º Etapa: Cálculo dos escores: análise descritiva

O quadro 6 ilustra de forma sintética o cálculo realizado para cada escore da APS, que representa o grau de orientação dos serviços de APS para a realização das ACH. A primeira etapa consistiu em realizar o cálculo dos atributos separadamente na escala de 1 a 4, logo após, esse cálculo foi convertido para a escala de 0 a 10.

Para o cálculo do escore essencial, foram utilizados apenas os atributos que faziam parte deste, como a porta de entrada, acesso, atendimento continuado, integralidade dos serviços prestados e disponíveis e coordenação.

De forma semelhante ao escore essencial também foi calculado o escore derivado, utilizando apenas o escore dos atributos de orientação familiar, orientação comunitária e orientação profissional. Já o escore geral foi medido pela soma do escore médio dos componentes que pertenciam aos atributos essenciais somando aos atributos derivado dividido pelo número total de componentes (LANZA, 2014).

Como se pode observar pelo quadro 6, o cálculo dos escores foi feito com base na média, ou seja, a soma dos componentes dividido pelo número de componentes. Então os escores são as médias das repostas dado pelos diferentes informantes-chave, que representam dentro de cada atributo ou escore calculado o desempenho geral da APS no controle da hanseníase.

QUADRO 6
Síntese do cálculo dos escores

Exemplo do cálculo	
Escores para cada atributo	Escore atributo porta de entrada: $C1+C2+C3+C4 / 4$
Escore de cada atributo escala de 0 a 10	$[\text{Escore obtido} - 1 (\text{valor mínimo})] \times 10/4 (\text{valor máximo}) - 1 (\text{valor mínimo})$
Escore essencial da APS	Soma dos componentes dos atributos essenciais / número de componentes
Escore derivado da APS	Soma dos componentes dos atributos derivados / número de componentes
Escore Geral da APS	Componentes dos atributos essenciais + componentes dos atributos derivados / número total de componentes

Fonte: Lanza, 2014

Segundo Lanza (2014), que utilizou a mesma padronização do PCAtool- Brasil (BRASIL, 2010b), o parâmetro para classificar a orientação dos serviços de APS na atenção à hanseníase foi:

Escores iguais ou acima de 6,6: indica alta orientação do serviço de APS na atenção à hanseníase. No caso desta pesquisa, significou que o serviço estava fortemente orientado para realizar as ACH na APS.

Escores abaixo de 6,6: indica baixa orientação do serviço de APS na atenção à hanseníase. No caso desta pesquisa, significou que o serviço possui fragilidades em realizar as ACH na APS.

Para caracterizar as amostras e a descrição do desempenho do serviço da APS na atenção à hanseníase em Betim, foram utilizadas as seguintes medidas:

- a) Medidas de tendência central: média e mediana;
- b) Medidas de posição: valor mínimo e máximo;
- c) Medidas de dispersão: desvio padrão.

3º Etapa: Comparação dos resultados entre grupos: estatística analítica

Avaliou-se a distribuição da normalidade dos itens, com valor de significância de 0,05 pelo teste de *Shapiro- Wilk*². Assim considera-se que a variável teria distribuição normal quando o valor do teste fosse menor que 0,05. Ao avaliar a normalidade das variáveis pelo teste de *Shapiro- Wilk*, foi possível selecionar os testes não-paramétricos para realizar as comparações. Pois todas as variáveis comportaram-se de forma não normal.

Utilizou-se o teste *qui-quadrado de Pearson*³, para verificar diferenças na proporção entre grupos. Sendo que, os grupos foram separados pela ausência/presença de caso de hanseníase e o desfecho de interesse foi percentual de alto escore (sim/não). O teste *qui-quadrado de Pearson*, foi possível de ser utilizado para os informantes-chave ACS e profissionais de saúde (médico e enfermeiros).

Para os gestores e usuários, realizou-se apenas uma análise descritiva da média dos escores calculados, visto que para esses informantes-chave não havia grupo de comparação, pois tanto os gestores como os usuários respondiam a todos os itens pertencentes aos atributos da APS nas ACH.

Empregou-se o teste de *Kruskal-Wallis*⁴ para verificar diferenças estatísticas dos escores entre os informantes-chave e, adotou-se o nível de significância o valor de p inferior a 0,05. E ainda, para verificar onde as diferenças estavam, utilizou-se o teste de *Mann-Whitney*⁵ com correção de *Bonferroni*⁶, e valor crítico de 0,05 dividido pelo número de testes realizados.

²*Shapiro Wilk*: é um teste para ver se a distribuição dos escores é significativamente diferente de uma distribuição normal. Se o teste é significativo ($p > 0,05$), informa que os dados da amostra não diferem significativamente de uma distribuição normal, isto é, podem ser normais (FIELD, 2009, p. 658).

³*Teste qui-quadrado de Pearson*: testa se duas variáveis categóricas dispostas em uma tabela de contingência estão associadas (FIELD, 2009, p. 658).

⁴Teste de *Kruskal-Wallis*: é um teste não-paramétrico para verificar se mais do que dois grupos independentes diferem. É a versão não- paramétrica da ANOVA independente de um fator (FIELD, 2009, p. 658).

⁵ Teste de *Mann- Whitney*: é um teste não-paramétrico que procura por diferenças entre duas amostras independentes. Isto é, testa se a população de onde as amostras foram retiradas tem a mesma localização (FIELD, 2009, p. 658).

⁶ Correção de *Bonferroni*: uma correção aplicada ao nível α para controlar a taxa de erro do tipo I global quando vários testes de significância são executados (FIELD, 2009, p. 644).

3.4.2 Avaliação epidemiológica da hanseníase em Betim

Tratamento e análise dos dados

Elaborou-se um banco de dados no *Excel 8.0* com todos os casos notificados em Betim de 2003 a 2013, selecionados pelo município de residência. A etapa seguinte foi construir as fórmulas dos indicadores selecionados pela portaria e aqueles criados para este estudo. Esses indicadores de avaliação epidemiológica tiveram como objetivo investigar a força de morbidade, a magnitude, o perfil epidemiológico e, a partir dessas análises, inferir sobre a qualidade das ações de controle dos serviços de saúde. A construção dos indicadores foi realizada de acordo com as recomendações do MS, dispostas na Portaria nº 3.125 de 7 de outubro de 2010 (BRASIL, 2010a).

O banco de dados do Sinan é um banco disponibilizado no qual as variáveis encontram-se codificadas. Para decodificar os bancos, são utilizados dicionários de dados do Sinan intra-net que contêm as informações referentes a cada variável do banco. Após conhecer as variáveis existentes no agravo hanseníase, filtrou-se o banco pela variável que é o município de residência, no IBGE identificou-se o código do município de Betim. Após isso, foram selecionados todos os casos residentes no município de Betim, a próxima etapa foi selecionar a variável “NU_ANO” que nos mostra o ano de notificação, para essa variável foram selecionados os anos de 2003 a 2013 (11 anos).

É oportuno relatar que, conforme recomendações da Portaria nº 3.125 de 7 de outubro de 2010, excluiu-se do banco de dados os erros diagnósticos e os casos duplicados. Foi observado que não houve casos de erro diagnóstico registrados no município no período em análise.

Como foram selecionados vários indicadores, utilizou-se o programa estatístico *Epi-Info 7.0*, para a análise descritiva das variáveis necessárias para o cálculo dos indicadores.

Após realizar a coleta de todas essas variáveis existentes no banco, procedeu-se com o cálculo do indicador pelo *Excel 8.0* conforme recomendações da Portaria nº 3.125 (BRASIL, 2010a).

A análise dos dados foi realizada por meio da avaliação dos indicadores de hanseníase de acordo com os parâmetros do MS estabelecidos na Portaria 3.125 (BRASIL, 2010a). Também foi realizada uma análise descritiva dos indicadores da hanseníase, bem como

avaliação da tendência dos indicadores da série história de 2003 a 2013. Dessa forma, foi possível compreender a variabilidade dos indicadores em análise ao longo do período estudado no município de Betim.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

A investigação seguiu as recomendações da Resolução 196/96 e da 466/12 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa as quais envolvem a participação de seres humanos (BRASIL, 1996; BRASIL, 2012c).

Para a primeira etapa deste estudo a avaliação do desempenho da APS nas ACH foi submetido à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa (COEP) da UFMG, sendo aprovado conforme Parecer nº CAAE 24578213.2.0000.5149 (ANEXO I). Também foi aprovada pela Secretaria de Saúde Municipal de Betim (ANEXO J).

Considerando os princípios éticos das Resoluções 196/96 e 466/12 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (BRASIL, 1996; BRASIL, 2012c), os informantes-chave foram convidados a participar do estudo após explicação dos pesquisadores sobre o trabalho que estava sendo realizado. Foi garantido aos informantes-chave o esclarecimento sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa, a confidencialidade e o sigilo sobre a participação, bem como os riscos e benefícios. Após a explicação e leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXOS G e H), os informantes foram interrogados sobre o consentimento em participar do estudo. Após o aceite, os informantes assinavam o TCLE em duas vias, nas quais uma ficou com o participante do estudo e outra com a pesquisadora.

A segunda etapa que foi a avaliação do comportamento epidemiológico também obedece aos princípios éticos da Resolução 196/96 e da 466/12 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa e os dados utilizados foram acessados em bancos de dados oficiais e de acesso restrito, o que justifica a ausência do parecer de Comitê de Ética em Pesquisa para esta etapa.

3.6 FINANCIAMENTO

Este estudo faz parte de um estudo maior em processo de desenvolvimento do NEPHANS da UFMG – Escola de Enfermagem, que tem como título “Vigilância, prevenção e controle da hanseníase em Minas Gerais: Distribuição espacial dos casos, avaliação dos serviços em saúde e análise da infectividade em contatos domiciliares”.

Esta pesquisa está sendo financiada com recursos provenientes do Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde, através do edital 197/2012.

4. Resultados

A primeira parte desta seção apresenta os resultados da pesquisa avaliativa, que mediu o grau de orientação dos serviços de APS do município de Betim na atenção à hanseníase segundo as experiências dos profissionais da saúde (médico e enfermeiro), ACS, gestores e usuários). Os resultados serão mostrados por meio de tabelas com a caracterização dos entrevistados, com a orientação da APS para a realização das ACH e por último as principais observações registradas no diário de campo.

A segunda parte que compõe o bloco dos resultados foi composta pela comparação entre os informantes-chave em relação aos escores essenciais, derivados e gerais da APS. Neste momento, também foi realizada a comparação estatística observada entre os informantes-chave relacionados aos atributos da APS na atenção à hanseníase.

E por último, apresentaram-se os resultados obtidos do comportamento epidemiológico da hanseníase no município, por meio de tabelas e gráficos que retrataram os resultados obtidos de 2003 a 2013.

4.1 AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA ATENÇÃO À HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE BETIM

4.1.1 Agentes Comunitários de Saúde

Foram realizadas 83 entrevistas com ACS, dessas, 88% (n=73), o vínculo foi com ESF e a média do tempo de atuação de sete anos (DP=4,6). No que concerne à atuação nas ACH, 41% (n=34) relataram não atuar na hanseníase; 28,9% (n=24) não tiveram treinamento para as ACH e 41% (n=34) disseram que não realizam atividades de controle da doença na microárea de atuação (dados não mostrados). A TAB 2 apresenta a descrição das características dos ACS entrevistados no município de Betim.

TABELA 2
 Descrição das características dos agentes comunitários de saúde
 entrevistados em Betim, 2014

Variáveis	n	%
Número de ACS	83	100
Tipo de unidade de saúde		
ESF	73	88
EACS	10	12
Treinamento em ACH		
Sim	59	71,1
Não	24	28,9
Caso de hanseníase na microárea		
Sim	21	25,3
Não	62	74,7
Atua em ACH		
Sim	49	59
Não	34	41

A TAB. 3 apresenta a descrição dos escores geral, essencial, derivado e por atributos de orientação da APS na realização das ações de controle da hanseníase segundo experiência dos ACS.

TABELA 3

Descrição dos escores geral, essencial, derivado e por atributos da atenção primária à saúde nas ações de controle da hanseníase segundo a experiência dos agentes comunitários de saúde estratificado por ausência ou presença de caso de hanseníase. Betim, 2014.

Escore	Amostra total n=83			ACS que possuem caso de hanseníase na microárea n=21				ACS que não possuem caso de hanseníase n=62				X ²	Valor p*
	Mínimo/ Máximo	Média/ Mediana	% alto escore (n)	Mínimo/ Máximo	Mediana	Média/DP	% alto escore (n)	Mínimo/ Máximo	Mediana	Média/DP	% alto escore (n)		
Porta de entrada	3,3 / 10	8,7 / 9,2	97,6 (81)	6,6 / 10	9,2	9,0 ± 1,0	100 (21)	3,3 / 10	9,2	8,6 ± 1,3	96,8 (60)	0,694	1
Acesso	2,0 / 10	7,3 / 6,8	67,5 (56)	2,9 / 9,2	7,1	6,7 ± 1,3	61,9 (13)	2,7 / 10	7,3	6,9 ± 1,6	69,4 (43)	0,4	0,528
Atendimento Continuo	**	**	**	6,6 / 10	9,6	9,3 ± 0,8	100 (21)	---	---	---	---	---	---
Integralidade e: serviços disponíveis	6 / 10	9 / 9,3	98,8 (82)	6 / 10	9,3	8,9 ± 0,9	95,2 (20)	7,3 / 10	9,3	9,0 ± 0,7	100 (62)	2,988	0,253
Integralidade e: serviços prestados	0 / 10	6,6 / 7,2	61,4 (51)	6,6 / 10	9,4	9,0 ± 1,1	100 (21)	0 / 10	6,1	5,9 ± 3,0	48,4 (30)	17,639	<0,01
Orientação familiar	**	**	**	5,6 / 10	8,9	8,8 ± 1,2	95,2 (20)	---	---	---	---	---	---
Orientação comunitária	0,8 / 10	5,4 / 5	33,7 (28)	5 / 10	7,5	7,3 ± 1,6	61,9 (13)	0,8 / 9,2	5	4,8 ± 2,1	24,2 (15)	9,98	0,002
Orientação profissional	0 / 10	3,8 / 3,3	26,5 (22)	1,1 / 10	5,5	5,9 ± 2,6	47,6 (10)	0 / 10	2,2	3,0 ± 3,0	19,4 (12)	6,433	0,011
Escore essencial	4,5 / 9,7	8 / 7,8	86,7 (72)	7,1 / 9,7	8,4	8,4 ± 0,6	100 (21)	4,5 / 9,7	7,8	7,6 ± 1,1	82,3 (51)	4,3	0,057
Escore derivado	0,4 / 9,6	4,6 / 4,2	22,9 (19)	5,0 / 9,7	7,2	7,3 ± 1,4	66,7 (14)	0,4 / 9,6	3,5	3,9 ± 2,3	14,5 (9)	21,3	<0,01
Escore geral	3,6 / 9,5	6,7 / 6,7	54,2 (45)	6,2 / 9,4	7,9	7,8 ± 0,9	100 (21)	3,6 / 9,5	6,2	6,4 ± 1,3	40,3 (25)	22,61	<0,01

* Teste *qui-quadrado de Pearson*

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

Ao realizar a análise para os 83 ACS entrevistados para os atributos essenciais, a porta de entrada, o acesso e a integralidade dos serviços disponíveis foram atributos considerados como fortemente orientados na visão dos ACS, uma vez que a média ficou acima de 6,6 mostrando alta orientação para as ACH na APS. Ao realizar a análise pelos itens que compunham o instrumento de avaliação da APS na atenção à hanseníase, o item D.4 que se referia à perda de compromisso ou trabalho do usuário para ser atendido na UBS a média foi de 2,3, mostrando fragilidades quanto a esse quesito. No atributo integralidade dos serviços disponíveis, observou-se uma baixa implantação do serviço de saúde bucal, visto que a média para o item F.15 foi de 3,0 na perspectiva dos ACS (dados não mostrados).

O único escore que ficou limítrofe, na avaliação dos 83 ACS, foi o atributo integralidade dos serviços prestados com média de 6,6. Nesse atributo, em especial, alguns itens foram responsáveis pela fragilidade observada, referiam-se quanto às orientações realizadas pelos ACS quanto ao uso da medicação, item F.16 (média= 4,8), e o F.17 (média=6,1), que se referia a supervisão diária da PQT. O item F.19 também contribuiu para a fraca orientação no atributo integralidade dos serviços prestados, a questão referia-se às orientações sobre autocuidado e obteve média= 6,3 (dados não mostrados).

Identificou-se baixa orientação para a APS na atenção à hanseníase no atributo orientação comunitária e orientação profissional, visto que a média do escore foi inferior a 6,6 para ambos. Para esses atributos o percentual de alto escore foi de 33,7% para orientação comunitária e de 26,5% para orientação profissional.

Na perspectiva dos ACS (n=83), houve baixa orientação para a APS na ACH no escore derivado, esse fato pode ser explicado, pois tanto o atributo orientação comunitária, quanto a orientação profissional foram fracamente avaliados na visão do ACS. Sendo que a média foi de 4,6 no escore derivado e ainda o percentual de alto escore de 22,9% (19).

No atributo orientação comunitária, apenas o item que abordava a realização de suspeita durante a visita domiciliar do ACS obteve média acima de 6,6 (item I.4, média= 8,5). No restante dos itens que compunham a orientação comunitária, o item I.1 (média= 6,2), I.2 (média= 2,3) e I.3 (média= 4,6) foram fracamente orientados no serviço de APS na atenção a hanseníase (dados não mostrados).

Na avaliação geral dos ACS (n=83), todos os itens que compunham o atributo orientação profissional foram fracamente avaliados no serviço de APS. Sendo os itens: J.1 (média= 4,9), J.2 (média= 3,0) e J.3 (média= 3,3) (dados não mostrados).

É oportuno destacar a avaliação positiva que os ACS (n=83) atribuíram para os atributos porta de entrada, acesso, integralidade dos serviços disponíveis e para o escore essencial e geral, com média dos escores acima de 6,6 e alto percentual de escore. Destaca-se uma APS fortemente orientada na hanseníase, na perspectiva dos 83 ACS entrevistados neste estudo.

Entretanto, quando se estratifica os ACS por ausência ou presença de casos de hanseníase na microárea ocorrem modificações quanto à avaliação da APS na atenção à hanseníase. A presença do caso de hanseníase para o ACS qualifica o serviço de APS nas ACH, visto que há uma melhor avaliação do serviço.

Para os ACS (n=21) que possuíam casos de hanseníase na microárea, a integralidade dos serviços prestados foi fortemente avaliada na APS com média acima de 6,6 e 100% (n=21) de alto escore. Ao analisar os itens que compunham o atributo integralidade dos serviços prestados todas as questões foram fortemente orientadas com médias acima de 6,6.

Porém, a fraca orientação para a APS na atenção à hanseníase, para os ACS (n=21) que possuíam casos, no atributo orientação profissional foi 5,9 e o percentual de alto escore foi de 47,6% (10), persistindo o cenário de fragilidade da atenção. Os itens que contribuíram para a fraca orientação no atributo orientação profissional foram à questão sobre regularidade dos treinamentos (J.2, média= 4,9) e o item J.3 que questionava ao ACS a utilização de cartilhas do MS teve média= 4,8 (dados não mostrados).

Entretanto, os ACS que possuíam casos (n=21) avaliaram diferentemente o atributo orientação comunitária, pois houve alta orientação para a APS na atenção à doença, com média de 7,3. Para o ACS com caso de hanseníase, o item I.2 que se referia à divulgação da hanseníase nas escolas e igreja teve média de 3,6. Contudo, o restante dos itens que compunham a orientação comunitária, na visão dos ACS com casos de hanseníase tiveram médias acima de 6,6 (dados não mostrados).

Os ACS que possuíam casos de hanseníase na microárea (n=21) atribuíram alta orientação para a APS nas ACH quanto à porta de entrada, acesso, integralidade dos serviços disponíveis e prestados, orientação comunitária, escore derivado, geral e essencial. Para este

grupo de ACS (n=21), foram identificadas fragilidades no atributo acesso devido aos itens: D.3 (média=6,2), D.4 (média=1,9) e D.8 (média=5,1) (dados não mostrados), os itens referiam-se à necessidade de transporte para chegar à unidade da rede de APS, perda de trabalho ou compromisso para ser atendido na unidade de rede de APS e tolerância de 30 minutos para receber a dose supervisionada.

Nos atributos atendimento continuado e orientação familiar, os ACS que possuíam casos de hanseníase (n=21) consideraram esses atributos fortemente orientados, com média de 9,3 e 8,8 respectivamente. Vale destacar que o único item (H.8) da orientação familiar limítrofe foi aquele que questionava o ACS sobre as orientações realizadas para a família quanto à alta do paciente (média= 6,6) (dados não mostrados).

Entretanto, os ACS que não possuíam casos de hanseníase na microárea (n=62) avaliaram fracamente a APS nas ACH nos atributos integralidade dos serviços prestados, orientação comunitária, orientação profissional e para os escores derivado e geral com médias abaixo de 6,6. Ainda o percentual de alto escore foi de 48,4% (n=30) na integralidade dos serviços prestados, 24,2% (n=15) na orientação comunitária, 19,4% (n=12) na orientação profissional.

Vale ressaltar o atributo integralidade dos serviços prestados para os ACS que não possuíam casos (n=62), pois estes atribuíram baixa orientação da APS na atenção à hanseníase em quase todos os itens que compunham o atributo. Foram eles: F.16 (média= 3,4), F.17 (média= 5,1), F.18 (média= 6,1) e F.19 (média= 5,3) (dados não mostrados).

O ACS que não possuía caso de hanseníase (n=62) avaliou a orientação comunitária como fracamente orientada para a APS, ainda se obteve que três dos quatro itens que compunham este atributo a média foi inferior a 6,6. Os itens fracamente avaliados na orientação comunitária na ACH foram o I.1 (média= 5,5), I.2 (média= 1,8) e I.3 (média= 3,7) (dados não mostrados).

No atributo orientação profissional, os ACS que não possuíam casos de hanseníase na microárea (n=62) consideraram os itens J.1, J.2 e J.3 como fracamente orientados para a APS na atenção à hanseníase. Esses itens referiam-se à qualificação em atuar na hanseníase (média= 3,9), a regularidade de treinamentos (média= 2,4) e a utilização de cartilhas do MS sobre hanseníase como fontes de informações na realização das visitas domiciliares (média= 2,8) (dados não mostrados).

Porém, os ACS que não possuíam casos de hanseníase (n=62) avaliaram a porta de entrada, o acesso e a integralidade dos serviços disponíveis fortemente orientados na APS nas ACH, com média dos escores acima de 6,6.

Ao comparar a proporção de alto escore (Sim/Não) entre os grupos de ACS com presença/ ausência do caso de hanseníase na microárea, obteve-se diferenças estatisticamente significativas nos atributos integralidade dos serviços prestados, orientação comunitária, orientação profissional, escore derivado e escore geral. As diferenças observadas deram-se devido ao valor de $p < 0,05$ pelo teste *qui-quadrado de Pearson* (conforme TAB. 3).

O Quadro 7 apresenta as principais observações registradas no diário de campo durante a realização das entrevistas na perspectiva dos ACS. As observações foram estratificadas por atributos da APS na atenção à hanseníase, como forma didática de apresentação dos resultados.

QUADRO 7

Principais observações registradas no diário de campo durante a realização das entrevistas na perspectiva dos agentes comunitários de saúde. Betim, 2014

(continuação)

Atributos	Agentes Comunitários de Saúde
Porta de entrada	<ul style="list-style-type: none"> • Segundo os ACS, os usuários podem procurar o serviço de referência ou a UAI (unidade de atendimento imediato). A outra hipótese levantada é que o usuário também pode procurar os serviços de atenção primária e depois serem encaminhados para outros locais na busca pela assistência.
Acesso	<ul style="list-style-type: none"> • Alguns ACS constataram que há uma grande demanda de atendimento para poucos profissionais na atenção primária; • As dificuldades apontadas pelos ACS no acesso, estavam relacionadas ao perfil da população que reside nas microáreas, essencialmente de idosos. Além disso, a questão geográfica com a presença de “morros” e as dificuldades no transporte dificultavam o acesso; • Os usuários permanecem um turno nas UBS para serem atendidos, porém isso também depende do horário que o usuário procura o serviço; • Houve restrição quanto ao período de funcionamento das UBS, visto que as mesmas funcionam no horário comercial.
Atendimento Continuado	<ul style="list-style-type: none"> • O atendimento é realizado por diversos médicos, principalmente devido à rotatividade desses profissionais; • Alguns usuários sentem-se desconfortáveis em relatar sobre a hanseníase.

QUADRO 7

Principais observações registradas no diário de campo durante a realização das entrevistas na perspectiva dos agentes comunitários de saúde. Betim, 2014

(conclusão)

Atributos	Agentes Comunitários de Saúde
Integralidade: serviços disponíveis	<ul style="list-style-type: none"> • O atendimento ao adolescente, na visão de alguns ACS, não é realizado de forma específica, o atendimento é geral; • O aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de tabaco encontra-se em diferentes estágios dependendo da UBS, alguns ACS relataram não ter grupos nas UBS, outros que os grupos são realizados duas vezes ao ano; • Com relação à equipe de saúde bucal, não há equipe implantada em todas as unidades, então há UBS de referência nos territórios, sendo citadas: Alterosas, Angola e Laranjeiras.
Integralidade: serviços prestados	<ul style="list-style-type: none"> • Nesse bloco houve o relato de ausência de treinamentos há cinco anos para o ACS; • Alguns ACS relataram que orientações quanto ao uso dos medicamentos, é uma atribuição dos médicos e enfermeiros da UBS; • Houve a constatação de que no caso de dúvidas, os ACS buscam informações com os profissionais da equipe ou orientam os usuários a procurar o enfermeiro da unidade.
Orientação comunitária	<ul style="list-style-type: none"> • Os ACS constataram que há pouco treinamento direcionado ao tema hanseníase; • O ACS não ter acompanhado um caso de hanseníase, na visão deles, é fato que o faz considerar como despreparado para acompanhar casos da doença; • Houve o relato da ausência de materiais educativos para a distribuir à população, e assim há uma falha na divulgação dos sinais e sintomas da doença.
Orientação Profissional	<ul style="list-style-type: none"> • Constatou-se que o enfermeiro em algumas UBS é a figura responsável por realizar as capacitações para os ACS; • Ainda houve o relato da ausência de cartilhas informativas para os ACS.

No atributo porta de entrada, os ACS consideraram os seguintes serviços: UBS (serviços de APS de Betim), UAI (unidade de atendimento imediato) sendo este serviço de urgência e a UBS Citrolândia possuiu o serviço de referência de hanseníase. Esses locais seriam as possibilidades de portas de entrada para os casos suspeitos de hanseníase.

Foram observadas fragilidades quanto ao acesso na perspectiva dos ACS, devido a vários fatores, sendo o perfil da população atendida sendo essencialmente de idosos, a questão geográfica e a dificuldade de transporte público. Outro ponto que foi levantado durante a aplicação do questionário com os ACS foi o fato do restrito período de funcionamento das UBS e também a intensa demanda de atendimento para poucos profissionais da APS e isso serviu de justificativa para a demora de atendimento do usuário.

O vínculo com o profissional médico é apontado como deficiente na visão dos ACS, uma vez que existe uma intensa rotatividade desses profissionais e isso interfere no

atendimento continuado. Os ACS relataram que alguns usuários negam-se a realizar o tratamento da doença na UBS com receio de sofrerem preconceito, nota-se a presença do estigma da doença.

Na integralidade dos serviços disponíveis, alguns programas prioritários do serviço de APS são citados pelos ACS como problemáticos. As ações foram o atendimento ao adolescente, considerado pelos ACS como não sendo realizado de forma específica, pois os adolescentes são atendidos na assistência geral das UBS.

O aconselhamento e tratamento para o uso prejudicial de tabaco, nas 34 UBS entrevistadas o programa estava em diferentes estágios, ou seja, não havia uma implementação homogênea do programa de tabagismo nos serviços de Betim.

Em relação às equipes de saúde bucal, não havia estratégias implantadas em todas as UBS, existiam unidades de referência dentro de determinadas UBS que atendiam a ESF ou EACS adscritas ao território. Os ACS levantaram as UBS Alterosas, Angola e Laranjeiras como referência em saúde bucal no município.

Na integralidade dos serviços prestados, os ACS consideraram não estarem preparados devido à insuficiência de treinamentos. Foi importante observar que alguns ACS desconheciam as ações interrogadas nesse atributo como sendo uma atribuição deles, mas sim uma responsabilidade do médico ou da equipe de enfermagem da ESF. Alguns ACS levantaram a figura do enfermeiro, como uma fonte de informação no caso de dúvidas em relação às ações desempenhadas pelo agente.

4.1.2 Profissionais de saúde (Médicos e Enfermeiros)

Foram entrevistados no município de Betim um total de 134 profissionais de saúde, a TAB. 4 apresenta uma descrição das características dos entrevistados. No geral, 63,4% (n=85) eram de enfermeiros e o vínculo maior foi com ESF, de 95,5% (n=128) do total de entrevistados. Em relação à hanseníase, 63,4%(n=85) realizaram treinamento nas ACH, 66,4% (n=89) atuavam na temática da doença e 23,9% (n=32) atenderam casos de hanseníase nas unidades de APS.

Em relação à média de atuação na unidade da APS, para os enfermeiros das EACS foi de três anos e dois meses, enfermeiros das ESF de dois anos e o profissional médico com média de atuação de um ano e dois meses. Em relação à atuação na APS, os enfermeiros das

EACS foi de cinco anos e sete meses, enfermeiros das ESF quatro anos e oito meses e o médico das ESF de três anos e oito meses.

TABELA 4
Descrição das características dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros)
entrevistados em Betim, 2014

Variáveis	N	%
Número de profissionais	134	100
Médicos	49	36,6
Enfermeiros	85	63,4
Tipo de unidade de saúde		
ESF	128	95,5
EACS	6	4,5
Treinamento em ACH		
Sim	85	63,4
Não	49	36,6
Atendimento de hanseníase		
Sim	32	23,9
Não	102	76,1
Atua em ACH		
Sim	89	66,4
Não	45	33,6

A TAB. 5 apresenta a descrição dos escores geral, essencial, derivado e por atributos da APS nas ACH, segundo a experiência dos profissionais de saúde estratificada por ausência ou presença de caso de hanseníase.

TABELA 5

Descrição dos escores geral, essencial, derivado e por atributos da atenção primária à saúde nas ações de controle da hanseníase segundo a experiência dos profissionais de saúde estratificado por ausência ou presença de caso de hanseníase. Betim, 2014

Escore	Amostra total n=134			Profissionais que atenderam Hanseníase n=32				Profissionais que não atenderam hanseníase n=102				X ²	Valor p*
	Mínimo/ Máximo	Média/ Mediana	% alto escore (n)	Mínimo/ Máximo	Mediana	Média/ DP	% alto escore (n)	Mínimo/ Máximo	Mediana	Média/ DP	% alto escore (n)		
Porta de entrada	3,3 /10	8,2 /8,3	93,3 (125)	6,6 / 10	8,3	8,6±0,9	100 (32)	3,3 /10	8,1	8,3 ± 1,4	91,2 (93)	3,027	0,114
Acesso	1,7 /10	6,1 /6,4	50 (67)	3,7 / 8,5	6,5	6,4±1,0	50 (16)	1,7/10	6,7	6,2 ± 1,4	55,9 (55)	0,15	0,698
Atendimento Continuo	**	**	**	5,4 / 10	8,8	8,6±1,1	93,8 (30)	---	---	---	---	---	---
Integralidade: Serviços disponíveis	6,5 /10	9 /9,2	99,3 (133)	7,6 / 10	9,3	9,2±0,6	100 (32)	6,5 /10	9,1	9 ± 0,7	99 (101)	0,316	1
Integralidade: Serviços prestados	1,7 /10	7,9 /8,3	81,3 (109)	1,7 / 10	9,4	8,9±1,7	93,8 (30)	0/ 7,3	7,8	7,6 ±2,1	77,5 (79)	4,264	0,04
Coordenação	**	**	**	4,2 / 9,2	7,6	7,5±1,1	84,4 (27)	---	---	---	---	---	---
Orientação familiar	**	**	**	4,6 / 10	9,2	8,8±1,3	93,8 (30)	---	---	---	---	---	---
Orientação comunitária	0/ 10	3,1 /3,3	8,2 (11)	0 / 10	4	4,1±2,5	21,9 (7)	0/ 7,3	3	2,8 ± 2,1	3,9 (4)	10,42	0,004
Orientação profissional	0/ 10	5,6 /5,5	46,3 (62)	1,1 / 10	6,6	6,4±2,5	56,3 (18)	0/ 10	5,5	5,3 ± 2,7	43,1 (44)	1,685	0,226
Escore essencial	4,9 /9,3	7,8 /7,9	92,5 (124)	5,9 / 8,9	8,3	8,2±0,6	96,9 (31)	5,9/ 9,3	7,8	7,7 ± 2,0	91,2 (93)	1,15	0,45
Escore derivado	0 /8,7	4,3 /4,4	15,7 (21)	4,4 / 9,1	6,5	6,5±1,5	46,9 (15)	0/ 8,7	3,9	4,1 ± 2,0	9,8 (10)	22,06	<0,001
Escore geral	4,1 /9	6,7 /6,7	52,2 (70)	5,5 / 8,9	7,7	7,6±0,8	84,4 (27)	4,6/ 9	6,4	6,5 ± 1,0	46,1 (47)	14,45	<0,001

* Teste *qui-quadrado de Pearson*

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

Destaca-se a avaliação positiva dos profissionais de saúde (n=134) que atribuíram para os atributos porta de entrada, integralidade dos serviços disponíveis, integralidade dos serviços prestados e para os escores essencial e geral, média dos escores acima de 6,6 e alto percentual de escore. Encontrou-se, nesses atributos, uma APS fortemente orientada na hanseníase na perspectiva dos 134 profissionais de saúde entrevistados neste estudo.

Ao realizar a análise por atributo da APS na atenção à hanseníase, observa-se fraca orientação no acesso, pois este na visão dos profissionais de saúde (n=134), independente de ausência ou presença de caso de hanseníase, a média do escore foi menor que 6,6. No geral, os profissionais de saúde atribuíram média 6,1 no acesso, e ainda na presença do caso de hanseníase média 6,4 e na ausência média 6,2.

O profissional de saúde que atendeu caso (n=32), considerou algumas fragilidades sendo os itens que se referiam ao horário de funcionamento das unidades da rede de APS (média=2,6), dificuldade de deslocamento até as unidades da rede de APS (média=6,2), necessidade de utilização de transporte para ir às unidades de saúde da APS (média=4,7), perda de trabalho ou compromisso para ser atendido nas unidades (média=2,7) e, por último, o item sobre a espera por mais de 30 minutos para receber a dose supervisionada (média=4,0) (dados não mostrados).

É oportuno destacar que os profissionais de saúde que não atenderam casos (n=102), também atribuíram baixa orientação em alguns itens do acesso, sendo os que se referiam ao horário de funcionamento (média=3,4), dificuldade de deslocamento até a unidade da rede de APS (média=6,4), necessidade de utilização de transporte para chegar à unidade da rede de APS (média=5,7) e perda de trabalho ou compromisso para ser atendido na unidade da rede de APS (média=3,4) (dados não mostrados).

Ao realizar a análise da amostra total de profissionais de saúde (n=134), observou-se nos atributos orientação profissional e orientação comunitária média dos escores menores que 6,6, representando uma fraca orientação da APS na atenção à hanseníase.

Ao estratificar os profissionais de saúde por ausência ou presença de casos de hanseníase, observou-se fraca orientação no atributo orientação comunitária em todos os grupos. Na presença de caso de hanseníase, os profissionais de saúde (n=32) consideraram conhecer a situação epidemiológica, pois este item apresentou média 7,2, entretanto, os itens a seguir apresentaram baixa orientação I.2 (média=4,5), I.3 (média=2,9), I.4 (média=2,7) e I.5

(média=3,4). Observou-se no atributo orientação comunitária para os profissionais de saúde que não tinham casos de hanseníase (n=102), atribuíram média 2,8 e fragilidades nos itens I.1 (média=4,5), I.2 (média=3,6), I.3 (média=2,2), I.4 (média=1,8) e I.5 (média=1,8) (dados não mostrados).

A orientação profissional também foi considerada fracamente orientada na APS nas ACH, pois os profissionais de saúde (n=134), no geral, atribuíram média inferior a 6,6. Esse cenário ainda persiste quando os profissionais de saúde foram estratificados por ausência/presença de caso de hanseníase. Na presença de casos de hanseníase, profissionais de saúde avaliaram com média de 6,4 e os itens considerados frágeis foram: o quão qualificado os profissionais de saúde se consideravam (média=6,2) e quanto à frequência de treinamentos (média= 5,7). Já os profissionais de saúde (n=102) que não tinham casos de hanseníase, atribuíram média 5,3 na orientação profissional e os itens J.2 (média= 5,1) e J.3 (média= 3,7) foram os considerados frágeis no serviço (dados não mostrados).

No escore derivado, no geral dos profissionais de saúde (n=134) atribuíram fraca orientação para a APS na atenção a hanseníase, e ainda o quadro negativo persiste ao estratificar os profissionais de saúde por ausência ou presença de caso de hanseníase.

No grupo de profissionais de saúde com casos de hanseníase, nos atributos coordenação, atendimento continuado e orientação familiar avaliaram a APS como fortemente orientada na atenção à hanseníase com média dos escores acima de 6,6. Calculou-se a média dos escores apenas para os profissionais de saúde com casos, pelo fato da aplicabilidade das questões que compunham esses atributos, pois obrigatoriamente o entrevistado deveria ter acompanhado caso para responder ao bloco de perguntas.

Ao comparar a proporção de alto escore (Sim/Não) entre os grupos de profissionais de saúde por presença/ausência do caso de hanseníase, foram obtidas diferenças estatisticamente significativas nos atributos integralidade dos serviços prestados, orientação comunitária e no escore derivado e escore geral.

O Quadro 8 apresenta as principais observações registradas no diário de campo durante a realização das entrevistas na perspectiva dos profissionais de saúde. As observações foram estratificadas por atributos da APS na atenção à hanseníase, como forma didática de apresentação dos resultados.

QUADRO 8

Principais observações registradas no diário de campo durante a realização das entrevistas na perspectiva dos profissionais de saúde. Betim, 2014

(Continua)

Atributos	Profissionais de Saúde
Porta de entrada	<ul style="list-style-type: none"> • Alguns profissionais de saúde consideram que o usuário também pode procurar a UAI na suspeita do caso de hanseníase; • Com relação ao exame de contatos os profissionais de saúde relataram que realizam busca ativa dos contatos de hanseníase; • No caso de aparecimento de complicações do caso de hanseníase, o usuário também poder recorrer à UAI.
Acesso	<ul style="list-style-type: none"> • Foram levantadas questões que dificultam o acesso, como: ausência de pavimentação, microáreas distantes e atendimento a vários bairros; • Houve relato de flexibilidade de atendimento como forma de evitar que o usuário perca dia de trabalho; • Relaram-se algumas ações a serem realizadas na Citrolândia, nos quais foram: atendimento das complicações de hanseníase e dose supervisionada da PQT; • Em relação à tolerância para atendimento, alguns profissionais de saúde relataram que a prioridade de atendimento do caso suspeito depende do sinal e sintoma apresentado pelo usuário, mas com o profissional de enfermagem o atendimento é na mesma hora.
Atendimento Continuado	<ul style="list-style-type: none"> • É responsabilidade do serviço de APS realizar a dose supervisionada.
Integralidade: serviços disponíveis	<ul style="list-style-type: none"> • Para o programa de tabagismo, houve o relato de não haver grupos específicos e da falta de medicação; • O programa de tabagismo encontra-se em diferentes estágios de implementação, dependendo da UBS, algumas possuem os grupos implantadas e em outros não; • Houve relato de que o aconselhamento do tabagismo também pode ser realizado individualmente.
Integralidade: serviços prestados	<ul style="list-style-type: none"> • Houve o relato da ausência de monofilamentos para a realização das ações de acompanhamento do caso de hanseníase.
Coordenação	<ul style="list-style-type: none"> • Com relação aos formulários de acompanhamento do caso, os profissionais relataram que não havia, as informações eram escritas no prontuário de papel; • Os protocolos utilizados como base citados foram: caderno de atenção básica guia de vigilância epidemiológica e o protocolo da prefeitura de Belo Horizonte; • Alguns profissionais consideram o serviço especializado para a hanseníase como “ruim” ou de “difícil acesso”.
Orientação familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Houve o relato de que os itens que compunham orientação familiar é realizada apenas mediante a permissão do usuário; • Houve profissionais médicos que relataram que a orientação familiar é realizada ao usuário e não para toda a família.

QUADRO 8

Principais observações registradas no diário de campo durante a realização das entrevistas na perspectiva dos profissionais de saúde. Betim, 2014

(Conclusão)

Atributos	Profissionais de Saúde
Orientação comunitária	<ul style="list-style-type: none"> • O item sobre conhecimento epidemiológico da hanseníase na área de abrangência foi considerado por alguns profissionais de saúde de enfermagem como sendo subnotificado; • Quanto às ACH, alguns profissionais de saúde relataram não realização de busca ativa dos casos novos, insuficiente experiência com relação à hanseníase e falhas na educação em saúde; • O programa saúde na escola é citado como instrumento de divulgação da hanseníase na Escola.
Orientação Profissional	<ul style="list-style-type: none"> • Houve a constatação de que o tema hanseníase foi vivenciado apenas na teoria por profissionais de saúde.

No atributo porta de entrada, os profissionais de saúde consideraram que a UAI (serviço de urgência de Betim) também é um local procurado pelo usuário com suspeita de hanseníase ou no caso de complicações da doença. Houve também o relato de profissionais de saúde que realizam busca ativa dos contatos dos casos de hanseníase.

Em relação ao acesso, dois pontos foram levantados como dificultadores pelos profissionais de saúde. O primeiro refere-se à questão geográfica da localização das UBS de Betim, com pavimentações precárias e microáreas distantes das unidades. O segundo ponto refere-se ao acesso de atendimento, nesse sentido os profissionais de saúde relataram que os usuários não perdem um turno de trabalho, pois há uma flexibilidade no atendimento e a prioridade para o atendimento do caso suspeito de hanseníase e isso depende do sinal e sintoma da doença apresentado pelo usuário.

Houve inconsistência quanto ao local responsável pela dose supervisionada, alguns profissionais de saúde consideraram o serviço de APS e outros a UBS Citrolândia (serviço de referência de hanseníase).

No atributo orientação comunitária houve relato pelos profissionais de enfermagem de que a situação epidemiológica é relativa, pelo fato da provável existência de casos ainda silenciosos. Alguns aspectos foram citados como dificultadores para realização das ações de controle da doença, como: pouca experiência na assistência da doença, falhas na educação em saúde, mas não é só para a hanseníase como em outras doenças também negligenciadas pelo serviço.

4.1.3 Gestores

A amostra total de gestores entrevistados n=34, com uma perda de três participantes previstos para serem entrevistados. Essas perdas foram referentes à dificuldade de agendamento com dois gestores e um estava de férias no momento da pesquisa.

A TAB. 6 descreve as características dos gestores (n=34) entrevistados nesta pesquisa. Observa-se que a maioria foi de gerentes de unidades da rede de APS de Betim com 97% (n=33) da amostra total, 79,4 (n=27) realizaram treinamentos em ACH e 70,6% (n=24) relataram formação superior. Ainda, tem-se que os entrevistados de nível superior, 66,6% (n=16) referiram formação em enfermagem.

Com relação ao tempo de atuação como gestor, a média foi um ano e nove meses. Entretanto, a média do tempo de atuação na APS foi de dez anos e cinco meses.

TABELA 6

Descrição das características dos gestores entrevistados em Betim, 2014

Variáveis	n	%
Número de Gestores	34	100
Referência Técnica Municipal em Hanseníase	1	3
Gerente de unidade da APS	33	97
Treinamento em ACH	27	79,4
Sim	7	20,6
Não		
Formação	24	70,6
Superior	8	23,5
Técnico	2	5,9
Médio		

A TAB. 7 descreve a média dos escores geral, essencial, derivado e por atributos da APS nas ACH segundo a experiência dos gestores entrevistados em Betim.

TABELA 7

Descrição dos escores geral, essencial, derivado e por atributos da atenção primária à saúde nas ações de controle da hanseníase segundo a experiência dos gestores. Betim, 2014

Escore	Amostra total de Gestores <i>n</i> =34			
	Mínimo/ Máximo	Mediana	Média/DP	% alto escore
Porta de entrada	5,8 / 10	8,3	8,4±1,4	88,2 (30)
Acesso	4,3 / 8,1	6,6	6,4±0,8	52,9 (18)
Atendimento Continuado	0 / 10	8,9	8,2±2,3	91,2 (31)
Integralidade – serviços disponíveis	6,5 / 10	9	8,8±0,9	94,1 (32)
Integralidade – serviços prestados	0 / 10	6,9	6,9±2,6	58,8 (20)
Coordenação	3,8 / 10	7,7	7,6±1,4	79,4 (27)
Orientação familiar	0 / 10	8,9	7,6±2,8	70,6 (24)
Orientação comunitária	1,2 / 10	5,7	5,7±2,2	32,4 (11)
Orientação profissional	0 / 10	6,1	5,8±2,7	41,2 (14)
<i>Escore essencial</i>	5,0 / 9,1	7,9	7,7±0,9	85,3 (29)
<i>Escore derivado</i>	0,4 / 9,5	6,5	6,4±2,0	50 (17)
<i>Escore geral</i>	4 / 9,2	7,5	7,3±1,1	76,5 (26)

Na visão dos gestores (*n*=34) os atributos porta de entrada, atendimento continuado, integralidade dos serviços disponíveis, integralidade dos serviços prestados e coordenação foram considerados como fortemente orientados na APS em relação à hanseníase. Para o escore essencial e geral, os gestores atribuíram alta orientação da APS na atenção à hanseníase.

Entretanto, os gestores consideraram a APS fracamente orientada para a hanseníase no atributo acesso, visto que a média do escore foi 6,4. Foram observados três itens que contribuíram para a fragilidade encontrada, com média menor que 6,6. O item que se referia ao funcionamento da unidade de APS por um dia durante a semana depois das 18 horas obteve média 2,2 (D.1), o item que se referia à necessidade de transporte para ir à unidade de APS teve média 5,9 (D.4) e, por último, a questão da perda de um turno de trabalho para ser atendido na unidade de APS com média 2,6 (D.5) (dados não mostrados).

No atributo integralidade dos serviços prestados, a média do escore foi 6,9 na perspectiva dos gestores, o que traduz alta orientação para a APS nas ACH. Porém, o item

F.19 que se referia à preparação para o diagnóstico de hanseníase obteve-se média 5,7 demonstrando uma fragilidade do serviço de hanseníase do município.

Com relação aos atributos derivados da APS, apenas a orientação familiar foi considerada como fortemente orientada na atenção à hanseníase pelos gestores (média = 7,6). Entretanto os outros atributos derivados foram considerados pelos gestores como fracamente orientados para a APS nas ACH, a saber, a orientação comunitária e profissional.

Em especial, a orientação comunitária foi fracamente avaliada pelos gestores com média de 5,7. Dos onze itens que compunham a orientação comunitária, sete foram fracamente avaliados na visão dos gestores. Com relação à análise epidemiológica para a programação de atividade de controle da doença, o item I.2 teve média 4,6 (dados não mostrados). O item I. 3 que se referia ao monitoramento de indicadores da doença obteve-se média= 4,0. As questões sobre mobilização de liderança comunitária (média= 5,9), divulgação da hanseníase em rádio e jornais (média= 6,2) e realização de trabalhos educativos para informar a população (média= 5,0) também foram frágeis na visão dos gestores. Ainda a divulgação da hanseníase nas escolas e igrejas (média= 3,9) e atividades de detecção de casos novos (média= 3,3) pontos cruciais que também apresentaram fraca orientação (dados não mostrados).

O atributo orientação profissional também foi considerado como fracamente orientado na APS nas ACH, visto que a média foi de 5,8 e baixo percentual de alto escore. As questões que contribuíram para a fraca orientação referiam-se a quanto os profissionais consideravam estarem qualificados para atuar na hanseníase (média= 5,8), e ainda, quando se perguntou ao gestor sobre a qualificação dos profissionais da APS foram obtidos os seguintes resultados: Médicos (média= 6,6), enfermeiros (média= 5,3), técnicos e auxiliares de enfermagem (média= 5,3) e os ACS (média= 5,6) (dados não mostrados). Na visão dos gestores, os profissionais da APS menos qualificados foram a equipe de enfermagem das unidades de saúde da APS de Betim.

Observou-se fragilidade no escore derivado, visto que a média do escore foi menor que 6,6 na visão dos gestores entrevistados no estudo. O escore derivado sofreu reflexo da baixa orientação da APS na atenção à hanseníase, devido principalmente às fragilidades observadas nos atributos orientação profissional e comunitária.

No atributo coordenação alguns serviços especializados são questionados aos gestores, obteve-se como resultado que: 58,8% (n=20) confecção de calçados e palmilhas, 97,1% (n=33) psicologia e fisioterapia, 94,1% (n=32) terapia ocupacional e 100% (n=34) serviço social, neurologia, oftalmologia, ortopedia e ambulatório de referência para a hanseníase (dados não mostrados). Há a descrição no quadro 9, das principais observações registradas no diário de campo durante a realização das entrevistas dos gestores em Betim.

QUADRO 9

Principais observações registradas no diário de campo durante a realização das entrevistas na perspectiva dos gestores. Betim, 2014

(continuação)

Atributos	Gestores
Porta de entrada	<ul style="list-style-type: none"> Na visão do gestor a busca pelos contatos domiciliares do caso de hanseníase é realizada por meio de busca ativa dos profissionais das unidade da APS.
Acesso	<ul style="list-style-type: none"> Houve o relato de microáreas distantes das UBS; Em relação ao horário de funcionamento, observou-se diversidade de respostas, pois algumas fecham às 19:00 horas e outras às 18:00 devido à insegurança pública (violência, roubo); As complicações referentes à hanseníase, os gestores destacaram que o usuário pode recorrer tanto a UBS como a Citrolândia.
Atendimento Continuado	<ul style="list-style-type: none"> Houve o relato de alguns gestores que o acompanhamento do usuário de hanseníase para tratamento é feito na Citrolândia.
Integralidade: serviços disponíveis	<ul style="list-style-type: none"> Alguns gestores relataram que o acompanhamento dos usuários de saúde mental é realizado em conjunto pela UBS e pelo Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM) do município e são realizadas discussões mensais sobre os casos; O aconselhamento ou tratamento do tabaco foi considerado por alguns gestores como pouca adesão pelos usuários e ainda diferenças na implantação do programa, pois em algumas UBS já houve a formação de grupos e em outras não. Ainda tem-se como dificultador a falta de medicamentos.
Integralidade: serviços prestados	<ul style="list-style-type: none"> Os gestores relataram poucas capacitações para os profissionais da APS; Ações como a suspeita, diagnóstico, tratamento, acompanhamento das reações hansênicas, avaliação de contato domiciliar e acompanhamento após alta por cura foram citadas como sendo realizadas pela Citrolândia; Com relação ao diagnóstico alguns gestores atribuíram a Citrolândia como serviço responsável por realizá-lo, devido à escassez de capacitações aos profissionais da UBS gerando uma insegurança para confirmar o diagnóstico, por isso são encaminhados aos especialistas do serviço de referência; Em relação ao acompanhamento do caso confirmado de hanseníase, os gestores consideraram ser forte o vínculo com a UBS.
Coordenação	<ul style="list-style-type: none"> Em relação ao protocolo de assistência à hanseníase de Betim houve o destaque desse ser antigo e básico; Alguns gestores consideram que o atendimento com o especialista é realizado na Colônia Santa Izabel e é prioridade o caso suspeito, e isso melhora o acesso do usuário ao serviço; A confecção de calçados e palmilhas foi citada com sendo realizada na Citrolândia;

QUADRO 9

Principais observações registradas no diário de campo durante a realização das entrevistas na perspectiva dos gestores. Betim, 2014

(conclusão)

Atributos	Gestores
Orientação familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Neste atributo alguns gestores apresentaram dificuldades em responder aos itens devido à inexistência de casos de hanseníase nas UBS que coordenavam; • A falta de capacitação dos profissionais também foi citada pelos gestores como dificultador para a orientação familiar.
Orientação comunitária	<ul style="list-style-type: none"> • Quanto ao conhecimento da situação epidemiológica da hanseníase na área de abrangência, alguns gestores relataram não conhecer, pois o serviço não era informatizado. E ainda as ACH são realizadas de acordo com a Secretaria Municipal de Saúde de Betim e conforme a experiência dos próprios profissionais das UBS; • A divulgação da hanseníase é feita por meio de folders, banners e jornais; • As ACH não são de rotina e pouco realizadas, segundo relato de alguns gestores.
Orientação Profissional	<ul style="list-style-type: none"> • Houve o relato de alguns gestores de que os médicos e enfermeiros não estão capacitados para atuarem na hanseníase; • Outra consideração é que não há treinamento para os técnicos de enfermagem, e isso deveria ter investimento.

No atributo porta de entrada alguns gestores consideraram que o exame de contatos é realizado por meio da busca ativa dos profissionais da rede de APS, isso foi atribuído uma vez que os contatos não têm consciência da importância do exame.

Em relação ao acesso vários fatores contribuem para a dificuldade, os gestores citaram UBS em locais não estratégicos, com microáreas distantes da sede da unidade e ainda o restrito período de funcionamento.

Na integralidade dos serviços disponíveis, bloco em que havia perguntas sobre os programas gerais dos serviços de APS, foram observadas algumas fragilidades em alguns programas prioritários na atenção básica. Foi o caso do programa de saúde mental, pois os gestores consideraram que esse não é realizado de forma integral nas UBS, uma vez que o tratamento é vinculado ao CERSAM do município, mas levantaram que os casos são discutidos nas unidades mensalmente. Outro programa apontado com fragilidades foi o de aconselhamento ou tratamento do tabagismo, entre as dificuldades citadas foram a adesão do usuário ao tratamento, falta dos medicamentos ou os diferentes estágios de implantação do programa nas unidades.

Para o atributo orientação comunitária, conhecer a situação epidemiológica e programar as atividades de controle da doença no território são fatores limitadores, pois o

serviço não era informatizado e a realização de atividades de prevenção e controle da hanseníase são demandas advindas da Secretaria Municipal de Saúde de Betim ou mesmo de acordo com a experiência dos profissionais das UBS.

4.1.4 Usuários

Foram entrevistados, neste estudo, 16 usuários que preenchem os critérios de inclusão e que aceitaram participar da pesquisa. A TAB. 8 apresenta a descrição das características sociodemográficas dos usuários entrevistados no município de Betim para este estudo.

TABELA 8
Descrição das características sociodemográficas dos usuários participantes o estudo. Betim, 2014

Variáveis	Informações sociodemográficas	
	n	%
Sexo		
Masculino	9	56,3
Feminino	7	43,8
Estado Civil		
Casado	8	50,0
Solteiro	4	25,0
Viúvo	2	12,5
Amasiado	1	6,3
Separado/ divorciado	1	6,3
Ocupação		
Formal	7	43,8
Aposentado	5	31,2
Informal	4	25,0
Renda familiar em salários mínimos		
1 SM	7	43,8
2 SM	6	37,5
4 SM	1	6,3
5 SM	2	12,5

Do total de usuários entrevistados, 56,3% (n=9) foram do sexo masculino, 50% (n=8) declararam-se casados, 43,8% (n=7) foram trabalhadores formais e 43,8% (n=7) relataram renda familiar de um salário mínimo mensal. A média de idade dos usuários participantes do estudo foi de 52,2 anos (DP= 12,8).

Com relação às características clínico-epidemiológicas dos usuários participantes do estudo, construiu-se a TAB. 9 que descreve as informações de interesse.

TABELA 9

Descrição das características clínico-epidemiológicas dos usuários participantes do estudo. Betim, 2014

Variáveis	Informações clínico-epidemiológicas	
	n	%
Ano de notificação		
2010	5	31,25
2011	1	6,25
2012	6	37,50
2013	3	18,75
2014	1	6,25
Forma clínica		
Indeterminada	0	0
Tuberculóide	0	0
Dimorfa	8	50
Virchowiana	8	50
Classificação operacional		
Paucibacilar	0	0
Multibacilar	16	100
Modo de detecção		
Encaminhamento	9	56,3
Demanda espontânea	6	37,5
Exame de coletividade	0	0
Exame de contatos	0	0
Outros modos	0	0
Ignorado	1	6,3
Baciloscopia		
Positiva	6	37,5
Negativa	3	18,8
Não realizada	7	43,8
Grau de incapacidade no diagnóstico		
0	10	62,5
1	4	25,0
2	1	6,3
Ignorado/ não avaliado	1	6,3
Grau de incapacidade física na alta		
0	7	43,8
1	2	12,5
2	1	6,3
Ignorado/ não avaliado	3	18,8
Paciente em vigência da PQT	3	18,8

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN

Em relação às características clínico-epidemiológicas, constatou-se que 37,5% (n=6) dos usuários participantes foram notificados em 2012, 50% (n=8) forma clínica virchowiana e

50% (n=8) diforma. O modo de detecção predominante foi do tipo por encaminhamento 56,3% (n=9). Ainda 43,8% (n=7) não realizaram baciloscopia, 62,5% (n=10) apresentaram grau zero de incapacidade física no diagnóstico e 43,8% (n=7) foram avaliados com grau zero de incapacidade física na alta.

Os usuários também responderam sobre condições de moradia, nesse quesito, 93,8% (n=15) possuem água encanada, 87,5 (n=14) rede de esgoto, 93,8 (n=15) rádio, 56,3% (n=9) declararam possuir carro e 100% (n=16) possuíam luz elétrica, geladeira, televisão, banheiro dentro de casa e telefone celular.

A TAB. 10 apresenta a descrição dos escores geral, essencial, derivado e por atributos da APS nas ACH conforme experiência dos usuários entrevistados em Betim.

TABELA 10

Descrição dos escores geral, essencial, derivado, por atributos da atenção primária à saúde e grau de afiliação nas ações de controle da hanseníase segundo a experiência dos usuários. Betim, 2014

Escore	Amostra total de usuários n=16			
	Mínimo/ Máximo	Mediana	Média/DP	% alto escore
Grau de afiliação APS	0 / 10	6,6	7,3±3,0	81,3 (13)
Grau de afiliação hanseníase	0/ 10	6,6	5,6±2,9	56,3 (9)
Porta de entrada	3,3 / 10	7,5	7,5±2,6	68,8 (11)
Acesso	4,4 / 8,5	6,3	6,3±2,3	43,8 (7)
Atendimento Continuado	5,4 / 10	9	8,4±1,4	87,5 (14)
Integralidade – serviços disponíveis	6,6 / 10	8,5	8,5±1,2	100 (16)
Integralidade – serviços prestados	4,9 / 9,7	7,9	7,7±1,3	75 (12)
Coordenação	2,5 / 10	7,5	7,2±2,2	62,5 (10)
Orientação familiar	1 / 10	8	7±2,8	62,5 (10)
Orientação comunitária	0 / 10	5	4,9±3,3	37,5 (6)
<i>Escore essencial</i>	5,3 / 8,7	7,4	7,3±0,8	87,5 (14)
<i>Escore derivado</i>	1 / 9,2	6,8	6±2,7	50 (8)
<i>Escore geral</i>	4,4 / 8,4	7,2	7±0,9	81,3 (13)

O grau de afiliação do usuário com a APS é um escore construído a partir da resposta dos entrevistados em relação aos serviços de saúde da APS, para isso utiliza-se as questões que abordam a unidade onde o usuário é cadastrado, aquela que é responsável pelo atendimento de uma forma em geral e a unidade que geralmente procura quando está doente (itens B1, B2 e B3 do instrumento de coleta de dados). Semelhantemente, realiza-se o grau de afiliação também para o serviço de hanseníase, para isso questiona-se o primeiro serviço de saúde procurado pelo usuário no início dos sintomas da hanseníase, o serviço de realização do diagnóstico e o local de tratamento da doença (itens B4, B5 e B6 do instrumento de coleta de dados).

O quadro 10 demonstra como é realizado o grau de afiliação tanto em relação ao serviço de APS quanto no tocante da hanseníase, assim o grau de afiliação é construído conforme a resposta do usuário.

QUADRO 10

Classificação do grau de afiliação do usuário com o serviço de atenção primária à saúde e o serviço de hanseníase

<i>Serviço</i>	<i>Condição</i>	<i>Grau de afiliação</i>
<i>APS</i>	$B1 \neq B2 \neq B3$ Todas as respostas indicam um serviço que não é da rede de APS	1
	$B1 \neq B2 \neq B3$ Todas as respostas são diferentes, mas indica um serviço da rede de APS	2
	$B1=B2$ ou $B1=B3$ ou $B2=B3$ Duas respostas indicam um serviço da rede de APS e são iguais	3
	$B1=B2=B3$ Todas as respostas indicam um serviço da rede de APS e são iguais	4
<i>Hanseníase</i>	$B4 \neq B5 \neq B6$ Todas as respostas indicam um serviço de atenção secundária da hanseníase	1
	$B4 \neq B5 \neq B6$ Todas as respostas são diferentes, mas indica um serviço da rede de APS	2
	$B4=B5$ ou $B4=B6$ ou $B5=B6$ Duas respostas indicam um serviço da rede de APS e são iguais	3
	$B4=B5=B6$ Todas as respostas indicam um serviço da rede de APS e são iguais	4

Fonte: LANZA, 2014

Ao analisar a TAB. 10, observa-se alta orientação da APS na atenção à hanseníase com média dos escores acima de 6,6 e isso deu-se com o grau de afiliação com o serviço de atenção primária e ainda nos atributos porta de entrada, atendimento continuado, integralidade dos serviços prestados e disponíveis, coordenação, orientação familiar e nos escores essencial e geral.

Para o atributo porta de entrada, os usuários (n=16), apesar de avaliarem como fortemente orientada houve itens fragilizados nesse bloco. Isso ocorreu com o item C.1 que se referia à unidade de saúde da APS como primeiro local de procura pelo usuário na suspeita da doença e obteve-se média de 5,6 (dados não mostrados). Porém os outros itens que compunham o atributo porta de entrada foram fortemente orientados, segundo a perspectiva dos usuários entrevistados no estudo.

Em relação à coordenação do cuidado, a média do escore atribuído pelos usuários (n=16) foi de 7,2 traduzindo alta orientação para a APS na atenção à hanseníase. Porém o item G.4 que se referia aos profissionais de saúde (médico ou enfermeiro) terem conversado com o usuário sobre os resultados da consulta com o especialista teve média de 6,4 (dados não mostrados).

Os usuários avaliaram a orientação familiar como fortemente orientada para a APS nas ACH, porém identificaram-se quatro itens fragilizados como média dos escores menores que 6,6. As questões foram as que se referiam ao recebimento de visita domiciliar dos profissionais da unidade de APS por causa da hanseníase (média= 6,2), a solicitação do médico ou enfermeiro por alguém da família acompanhar o tratamento do caso (média= 5,6), sobre o aconselhamento da família em relação à possibilidade de reações hansênicas do caso de hanseníase (média= 5,2) e, por último, as orientações aos familiares sobre a continuidade dos cuidados após alta por cura do caso de hanseníase (média= 4,0) (dados não mostrados).

Contudo, os usuários (n=16) avaliaram a APS como fracamente orientada para as ACH quanto ao grau de afiliação para a hanseníase e os atributos acesso, orientação comunitária e ainda o escore derivado, visto que a média dos escores foi inferior a 6,6.

Houve fraca orientação da APS na atenção à hanseníase quanto ao atributo acesso, com média 6,3 e ainda 43,8% (7) com percentual de alto escore na visão dos usuários (n=16). Os itens D1, D6 e D8, foram aqueles considerados pelos usuários como fragilizados, pois as médias foram menores que 6,6 (dados não mostrados). As questões referiam-se ao horário de

funcionamento das unidades de saúde da APS (média=1,7), prioridade do serviço de APS em atender o usuário no caso da suspeita (média=5,8) e tolerância de 30 minutos de espera para receber a dose supervisionada na unidade de saúde da APS (média=3,9).

Em relação à orientação comunitária, a média foi de 4,9 e 37,5% (6) percentual de alto escore. Nesse bloco, dos quatro itens que compunham a orientação comunitária, apenas um foi fortemente orientado para a APS (item I.1), entretanto os itens I.2, I.3 e I.4 foram fracamente avaliados pelos usuários (n=16). Esses itens referiam-se à realização de trabalhos educativos para informar a comunidade sobre a hanseníase (média= 5,6), a divulgação da doença nas escolas e igrejas (média=4,2) e a realização de atividades de detecção de casos novos (média= 3,1) (dados não mostrados).

O escore derivado foi fracamente orientado para a APS nas ACH, reflexo da fragilidade observada na orientação comunitária.

O quadro 11 apresenta as principais observações registradas no diário de campo durante a realização das entrevistas na perspectiva dos usuários de Betim.

QUADRO 11

Principais observações registradas no diário de campo durante a realização das entrevistas na perspectiva dos usuários. Betim, 2014

Atributos	Usuários
Porta de entrada	<ul style="list-style-type: none"> • Com relação aos usuários houve relato da porta de entrada do serviço ser o atendimento particular do serviço de dermatologia; • E também episódio de complicação da hanseníase o serviço a ser procurado também sendo o dermatologista.
Atendimento Continuado	<ul style="list-style-type: none"> • Os usuários relataram que todo o tratamento é realizado pelo SUS.
Orientação familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Quanto aos itens que compunham a orientação familiar, a figura do ACS foi citada como principal forma de realizar essas atividades.

Ao analisar o quadro 11, observou-se que há o reconhecimento de outras portas de entrada as quais o usuário também considera, representado pela procura do médico especialista (dermatologista) no serviço particular. O dermatologista também foi citado como figura a ser procurada no caso de complicações de hanseníase. Também é oportuno salientar, que no atributo atendimento continuado, os usuários reiteraram que o tratamento foi realizado pelo SUS. Do ponto de vista da orientação familiar, esse atributo foi considerado pelos usuários como sendo algo fortemente vinculado à figura do ACS.

É oportuno destacar as poucas observações registradas durante a aplicação do instrumento de coleta de dados, houve dificuldade de compreensão dos usuários em relação às perguntas e à escala de resposta. Devido a isso, em vários momentos as perguntas foram explicadas frequentemente e isso limitou a anotação no diário de campo das observações dos usuários.

Em relação à utilização de serviços especializados pelos usuários (n=16), obteve-se como resultado que 75% (n=12) utilizaram o ambulatório de referência para a hanseníase, 12,5% (n=2) confecção de calçados e palmilhas, 31,3% (n=5) psicologia, 18,8% (n=3) fisioterapia e neurologia, 25% (n=4) terapia ocupacional, 37,5% (n=6) serviço social, 62,5% (n=10) oftalmologia, 18,38% (n=3) ortopedia e 25% (n=4) Hospital Eduardo de Menezes ou Hospital das Clínicas (dados não mostrados).

4.1.5 Fluxograma de assistência ao usuário de hanseníase do município de Betim, segundo a perspectiva dos Gestores, Profissionais de Saúde (Médicos e Enfermeiros) e Agentes Comunitários de Saúde

A aplicação do instrumento de avaliação de desempenho das ações de controle da hanseníase na atenção primária à saúde, validado por Lanza (2014) e Lanza; Vieira; Oliveira; Lana(2014a, 2014b, 2014c), também permitiu obter como resultado o fluxograma de assistência ao usuário de hanseníase no município de Betim. Isso foi possível devido aos itens B.1, B.2, B.3 e B.4 que compunham o bloco de perguntas dos ACS, gestores e profissionais de saúde.

Dessa forma, foi possível identificar o fluxograma de assistência ao usuário de hanseníase na perspectiva dos diferentes atores sociais envolvidos na atenção à doença.

Com o intuito de melhor ilustrar o fluxograma construído pelos atores sociais, a FIG 2 ilustra o fluxo estabelecido em Betim e ainda com o intuito de comparabilidade o fluxo preconizado pelo MS, de acordo com a Portaria 3.125 que aprova as diretrizes para vigilância, atenção e controle da hanseníase (BRASIL, 2010a).

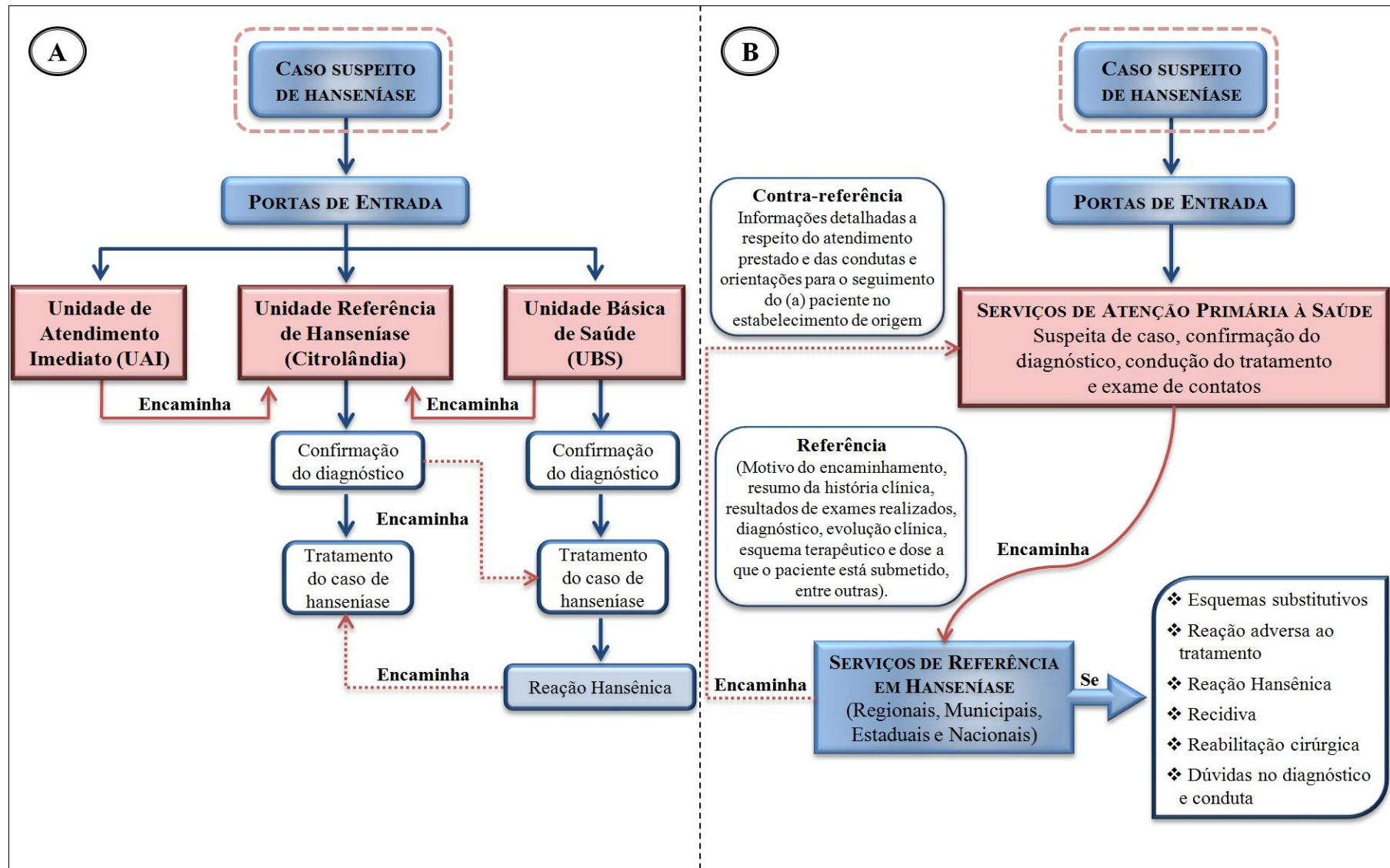


FIGURA 2- A.Fluxograma de assistência ao usuário de hanseníase construído na visão dos ACS, gestores e profissionais de saúde da atenção primária à saúde de Betim B. Fluxograma preconizado pelo Ministério da Saúde, segundo a Portaria 3.125 que aprova as diretrizes para vigilância, atenção e controle da hanseníase

Segundo informações dos ACS, gestores e profissionais de saúde o usuário com suspeita de hanseníase tem opções de várias portas de entrada no serviço, podendo ser a UAI, Citrolândia e UBS. Sendo que, a escolha do usuário em qual porta de entrada depende de vários fatores, que podem ser: dificuldade de acesso a UBS no que se refere ao horário de funcionamento, pois usuários que trabalham em horário comercial não conseguem atendimento em tempo hábil em suas unidades de cadastro. Outra dificuldade apontada quanto ao acesso, é a própria dificuldade de atendimento dentro da UBS, já que a queixa de manchas com perda de sensibilidade não é um sintoma considerado como prioritário e a demora no atendimento leva o usuário a procurar outro serviço, que não o da APS.

O vínculo dos usuários com a UBS, é outro fator levantado como determinante da procura do usuário com suspeita do caso de hanseníase. Especialmente, a UBS Citrolândia é um serviço de referência em hanseníase popularmente conhecido pela população de Betim, e devido a isso muitos usuários que conhecem o serviço e sabem dessa relação com a doença tendem a procurar o serviço de referência em detrimento da APS do município.

Então como se pode observar pela FIG. 2, vários caminhos são possíveis a serem percorridos pelos usuários em busca de assistência à hanseníase. Dessa forma, optou-se por explicar de acordo com a porta de entrada escolhida pelo usuário.

Unidade de atendimento Imediato (UAI) - Quando o usuário com suspeita do caso de hanseníase procura a UAI, que é um serviço de urgência municipal, normalmente esse usuário é encaminhado à UBS Citrolândia para a confirmação do diagnóstico de hanseníase. Em caso de confirmação do diagnóstico da doença, dois caminhos são possíveis, o primeiro é o usuário sendo tratado na Citrolândia, e o segundo é o usuário sendo encaminhado à UBS onde é cadastrado. Essa questão do local de atendimento de hanseníase é algo que não ficou claro nos resultados, pois não se sabe ao certo o que determina o local de atendimento do caso de hanseníase.

Unidade de Referência de hanseníase (Citrolândia) - O usuário também pode procurar a Citrolândia no caso da suspeita de hanseníase, e como dito anteriormente, é um local historicamente conhecido pela população de Betim por tratar casos de hanseníase. Assim esse caso suspeito pode ter o diagnóstico confirmado ou descartado, em caso de confirmação da doença, o caso pode ser tanto tratado na Citrolândia como encaminhado à UBS perto do local de residência. Sendo que da mesma forma que acontece no serviço de urgência, há vários fatores que podem determinar o local de tratamento desse usuário.

Unidade Básica de Saúde (UBS) - Entretanto, quando o usuário com suspeita de hanseníase é captado na UBS, há vários fluxos possíveis e isso irá depender da UBS e dos profissionais que a compõe. Na perspectiva dos ACS, gestores e profissionais de saúde foram levantadas três hipóteses possíveis de fluxos no serviço de APS de Betim, como descritas a seguir:

1º Hipótese- Na presença de profissionais de saúde (médico e enfermeiros) capacitados para realizarem o diagnóstico e acompanhamento do caso de hanseníase, toda a assistência seria realizada na UBS. Apenas, em caso de reação hanseníase ou complicações esse usuário seria encaminhado à Citrolândia.

2º Hipótese - Na presença de médicos inseguros para realizarem a confirmação do diagnóstico de hanseníase, o caso suspeito seria encaminhado à UBS Citrolândia para confirmação. No caso de confirmação do diagnóstico, esse caso de hanseníase poderia ser novamente encaminhado à UBS perto da residência, para a condução do tratamento da doença.

3º Hipótese - Outro fluxo possível, é que na presença de médicos inseguros para realizarem a confirmação do diagnóstico de hanseníase, o caso suspeito seria encaminhado à UBS Citrolândia para confirmação. No caso de confirmação do diagnóstico, a condução do caso de hanseníase poderia ser realizada na UBS Citrolândia.

No lado direito da FIG. 2, demonstramos o fluxograma preconizado pelo MS de acordo com a Portaria 3.125 que aprova as diretrizes para vigilância, atenção e controle da hanseníase (BRASIL, 2010a).

Como se pode observar, o fluxo preconizado pelo MS foi diferente do fluxo construído na visão dos ACS, profissionais de saúde e gestores do município de Betim.

As diretrizes preconizadas pelo MS recomenda que o caso suspeito de hanseníase entre preferencialmente pelo serviço de atenção primária à saúde. E ainda, que o serviço de APS seja responsável pela suspeita, confirmação do diagnóstico, condução do tratamento e exame de contatos (BRASIL, 2010a).

A Portaria 3.125 ainda recomenda o encaminhamento do usuário apenas em seis situações: esquemas substitutivos, recidivas, reações ao tratamento, reação hanseníase, reabilitação cirúrgica e dúvidas quanto ao diagnóstico e conduta. E, após a conduta realizada

no serviço de referência, esse usuário seja contrarreferenciado ao serviço de atenção primária (BRASIL, 2010a).

Pelo fluxo construído na visão dos ACS, gestores e profissionais de saúde é possível inferir uma construção histórica da assistência ao usuário com hanseníase.

4.1.6 Comparação da orientação para atenção primária à saúde nas ACH entre os diferentes informantes-chave

A FIG. 3 ilustra as diferenças das médias dos escores observadas em relação aos escores essencial, derivado e geral para a APS na atenção à hanseníase, na perspectiva dos diferentes informantes-chave entrevistados neste estudo.

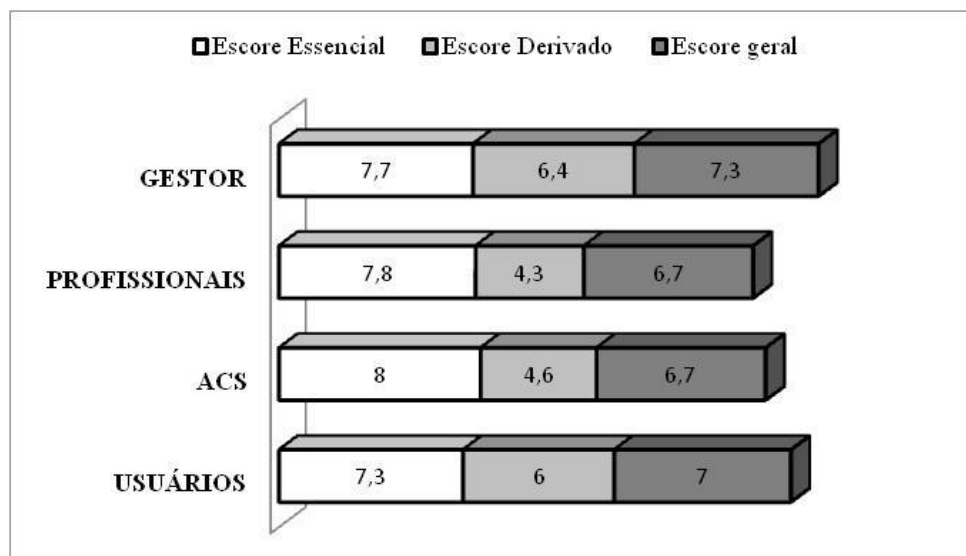


FIGURA 3 – Média dos escores essencial, derivado e geral estratificado por gestores, profissionais de saúde (médico e enfermeiros), agentes comunitários de saúde e usuários.

Ao analisar o escore essencial em todos os grupos de informantes-chave houve alta orientação para a APS na atenção primária nas ACH. Os ACS foram aqueles informantes que melhor avaliaram e a pior avaliação do escore essencial foi dos usuários. Para o escore derivado, os informantes-chave consideraram a APS como fracamente orientada nas ações de hanseníase, e os gestores foram os informantes que melhor avaliaram o escore derivado e os profissionais de saúde foram aqueles que pior avaliaram o escore.

Em relação ao escore geral, os informantes-chave atribuíram a APS como fortemente orientada na atenção à hanseníase. Sendo que os gestores melhor avaliaram o escore geral, enquanto os profissionais de saúde e ACS pior avaliaram.

Para verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os informantes-chave utilizou-se o teste de *Kruskal-Wallis* para tal verificação. Ao realizar tal análise, observou-se que houve diferenças estatisticamente significativas no escore derivado ($H(3) = 25,39, p < 0,01$) e no escore geral ($H(3) = 9,56, p = 0,23$), enquanto que para o escore essencial ($H(3) = 5,56, p = 0,13$) diferenças estatisticamente significativas não foram observadas.

A próxima etapa foi realizar o teste de *Mann-Whitney* com correção de *Bonferroni*, com o intuito de verificar onde estavam as diferenças entre os grupos. Como foram identificadas diferenças estatisticamente significativas no escore derivado e geral, realizou-se teste de *Mann-Whitney*.

É oportuno destacar que se optou não utilizar os usuários como referência para comparação, uma vez que o “n” de participantes foi pequeno devido às dificuldades operacionais durante a coleta de dados. Também preferiu-se utilizar como referência o informante-chave que melhor avaliou o atributo da APS por meio da mediana.

Em relação ao escore derivado, verificou-se que os gestores foram os que melhor avaliaram esse escore. Assim utilizou-se o informante gestor para realizar duas comparações (como os profissionais de saúde e ACS), conforme quadro 12, e a utilização do valor crítico de 0,025 segundo a correção de *Bonferroni* (valor crítico de 0,05 dividido por 2).

QUADRO 12

Teste *Mann-Whitney* para o escore derivado comparando gestores com profissionais de saúde e gestores com agentes comunitários de saúde

<u>Teste 1</u>	<u>Teste 2</u>
Gestores comparando com profissionais de saúde → os gestores (mediana=6,5) avaliaram o escore derivado melhor que os profissionais de saúde (mediana=4,4); teste de <i>Mann-Whitney</i> = 1058 ; $p \leq 0,001$	Gestores comparando com ACS → os gestores (mediana=6,5) avaliaram o escore derivado melhor que os ACS (mediana=4,2); teste de <i>Mann-Whitney</i> = 805; $p \leq 0,001$

Ao analisar o quadro 12, observou-se que houve diferenças estatisticamente significativas quando se comparou o grupo de gestores tanto com relação aos profissionais de saúde quanto com os ACS para o escore derivado.

Para o teste de *Kruskal-Wallis*, também identificou-se diferenças no escore geral. Para o escore geral foi utilizado o gestor como padrão de comparação, uma vez que os gestores foram aqueles que melhor avaliaram o escore geral.

Então por meio do teste *Mann-Whitney* foram comparados gestores com profissionais de saúde e gestores com ACS, utilizando o valor crítico 0,025 (correção de Bonferroni). O quadro 13 apresenta os resultados do teste de *Mann-Whitney*.

QUADRO 13

Teste *Mann-Whitney* para o escore geral comparando gestores com profissionais de saúde e gestores com agentes comunitários de saúde

<u>Teste 1</u>	<u>Teste 2</u>
Gestores comparando com profissionais de saúde → os gestores (mediana=7,5) avaliaram o escore geral melhor que os profissionais de saúde (mediana=6,7); teste de <i>Mann-Whitney</i> = 1541 ; $p=0,003$	Gestores comparando com ACS → os gestores (mediana=7,5) avaliaram o escore geral melhor que os ACS (mediana=6,7); teste de <i>Mann-Whitney</i> = 1041; $p=0,026$.

Foram identificadas no escore geral diferenças estatisticamente significativas, quando comparado gestores com profissionais de saúde, entretanto, ao comparar gestores com ACS não houve diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. A FIG. 4 ilustra as convergências e divergências das médias dos escores estratificado por atributo da APS segundo a avaliação dos gestores, profissionais de saúde, usuários e ACS.

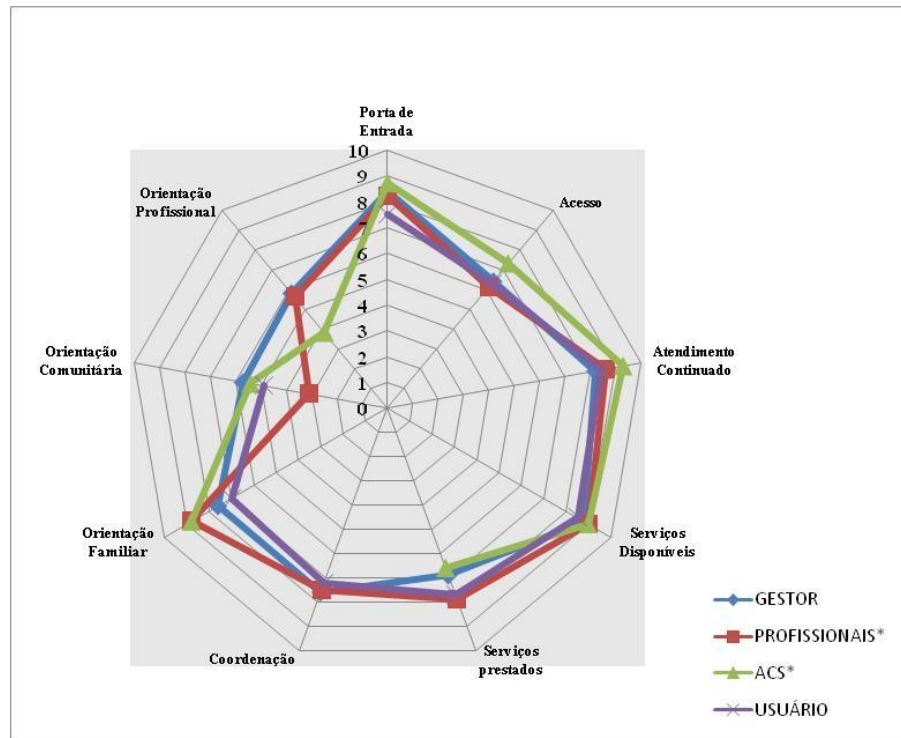


FIGURA 4 – Descrição das convergências e divergências das médias dos escores estratificado por atributo da atenção primária à saúde segundo avaliação dos gestores, profissionais de saúde (médico e enfermeiros), usuários e agentes comunitários de saúde.

Ao analisar os resultados da FIG. 4, observou-se que nos atributos orientação profissional, orientação comunitária, orientação familiar e integralidade dos serviços prestados houve intensa divergência na média dos escores estratificados por informantes-chave. Porém, nos atributos porta de entrada, atendimento continuado, integralidade dos serviços disponíveis e coordenação, observou-se uma convergência da média dos escores quando se estratificou por informantes-chave.

Semelhante ao que se realizou para os escores essencial, derivado e geral, optou-se por não utilizar os usuários como referência para comparação, uma vez que o “n” de participantes foi pequeno. Também optou-se por utilizar como referência aquele informante-chave que melhor avaliou o atributo da APS.

Ao verificar pelo teste de *Kruskal- Wallisa* existência de diferenças estatisticamente significativas entre os informantes-chave foram observadas diferenças estatisticamente significativas nos atributos porta de entrada ($H(3) = 8,19, p=0,042$), acesso ($H(3) = 17,57, p=0,001$), integralidade dos serviços prestados ($H(3) = 10,21, p=0,017$), orientação comunitária ($H(3) = 55,70, p \leq 0,001$) e orientação profissional ($H(3) = 20,56, p \leq 0,001$).

Ao realizar o teste *Mann-Whitney*, no atributo porta de entrada entre os informantes-chave, optou-se por utilizar o ACS como padrão de comparação, visto que o ACS melhor avaliou esse atributo. Utilizou-se o valor crítico de 0,025, segundo a correção de *Bonferroni* (valor crítico de 0,05 dividido por 2). O quadro 14 apresenta os resultados obtidos do teste *Mann-Whitney* para a porta de entrada.

QUADRO 14

Teste *Mann-Whitney* para o atributo porta de entrada comparando agentes comunitários de saúde com profissionais de saúde e agentes comunitários de saúde com gestores

<u>Teste 1</u>	<u>Teste 2</u>
ACS comparando com profissionais de saúde → os ACS (mediana=9,2) avaliaram porta de entrada melhor que os profissionais de saúde (mediana=8,3); teste de <i>Mann-Whitney</i> = 4309; $p=0,004$.	ACS comparando com gestores → os ACS (mediana=9,2) avaliaram o porta de entrada melhor que os gestores (mediana=8,3); teste de <i>Mann-Whitney</i> = 1242; $p=0,300$.

Ao analisar o quadro 14, foi constatado que quando se comparou porta de entrada entre ACS e profissionais de saúde encontramos diferenças estatisticamente significativas, porém quando comparou-se ACS com gestores não houve diferenças estatisticamente significativas entre esses informantes.

Com relação ao atributo acesso, os ACS foram os informantes-chave que melhor avaliaram o escore acesso, assim realizou-se duas comparações e a utilizou-se o valor crítico de 0,025 segundo a correção de *Bonferroni* (valor crítico de 0,05 dividido por 2). O quadro 15 apresenta os resultados obtidos do teste *Mann-Whitney* para o acesso.

QUADRO 15

Teste *Mann-Whitney* para o atributo acesso comparando agentes comunitários de saúde com profissionais de saúde e agentes comunitários de saúde com gestores

<u>Teste 1</u>	<u>Teste 2</u>
ACS comparando com profissionais de saúde → os ACS (mediana=6,8) avaliaram acesso melhor que os profissionais de saúde (mediana=6,4); teste de <i>Mann-Whitney</i> = 3721; $p \leq 0,001$.	ACS comparando com gestores → os ACS (mediana=6,8) avaliaram o acesso melhor que os gestores (mediana=6,6); teste de <i>Mann-Whitney</i> = 1009; $p=0,015$.

Ao analisar o quadro 15, constatou-se que no atributo acesso, a comparação entre ACS e profissionais de saúde e ACS com gestores, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas.

Outro atributo que apresentou diferenças estatisticamente significativas pelo teste de *Krukall- Wallis* foi a integralidade dos serviços prestados. Para esse atributo os profissionais de saúde foram os que melhor avaliaram, dessa forma foram utilizados como padrão de comparação. Ao realizar duas comparações o valor crítico foi de 0,025, segundo a correção de *Bonferroni* (valor crítico de 0,05 dividido por 2).

QUADRO 16

Teste *Mann- Whitney* para o atributo integralidade dos serviços prestados comparando profissionais de saúde com agente comunitários de saúde e profissionais de saúde com gestores

<u>Teste 1</u>	<u>Teste 2</u>
Profissionais de saúde comparando com os ACS → os profissionais de saúde (mediana=8,3) avaliaram integralidade dos serviços prestados melhor que os ACS (mediana=7,2); teste de <i>Mann-Whitney</i> = 4345; $p=0,006$.	Profissionais de saúde comparando com gestores→ os profissionais de saúde (mediana=8,3) avaliaram integralidade dos serviços prestados melhor que os gestores (mediana=6,9); teste de <i>Mann-Whitney</i> = 1714; $p=0,024$.

Na integralidade dos serviços prestados constataram-se diferenças estatisticamente significativas quando foram comparados profissionais de saúde com ACS e profissionais de saúde com gestores.

Para o atributo orientação comunitária, os gestores foram os informantes-chave que melhor o avaliaram, e foram realizadas duas comparações com valor crítico de 0,025, segundo a correção de *Bonferroni*(valor crítico de 0,05 dividido por 2).

QUADRO 17

Teste *Mann- Whitney* para o atributo orientação comunitária comparando gestores com agente comunitários de saúde e gestorescom profissionais de saúde

<u>Teste 1</u>	<u>Teste 2</u>
Gestores comparando com ACS → os gestores (mediana=5,7) avaliaram a orientação comunitária melhor que os ACS (mediana=5,0); teste de <i>Mann-Whitney</i> = 1332; $p=0,637$	Gestores comparando com profissionais de saúde → os gestores (mediana= 5,7) avaliaram a orientação comunitária melhor que os profissionais de saúde (mediana=3,3); teste de <i>Mann-Whitney</i> = 959; $p\leq 0,001$

Diferenças estatisticamente significativa foram encontradas apenas quando foram comparados gestores com profissionais de saúde. Por último, o atributo orientação profissional, os gestores foram os que melhor avaliaram, dessa forma, procedeu-se com duas comparações utilizando o valor crítico de 0,025 segundo a correção de *Bonferroni* (valor crítico de 0,05 dividido por 2).

QUADRO 18

Teste *Mann-Whitney* para o atributo orientação profissional comparando gestores com agente comunitários de saúde e gestores com profissionais de saúde

<u>Teste 1</u>	<u>Teste 2</u>
Gestores comparando com ACS → os gestores (mediana=6,1) avaliaram o orientação profissional melhor que os ACS (mediana=3,3); teste de <i>Mann-Whitney</i> = 887; $p=0,001$.	Gestores comparando com profissionais de saúde → os gestores (mediana= 6,1) avaliaram o orientação profissional melhor que os profissionais de saúde (mediana=5,5); teste de <i>Mann-Whitney</i> = 2178; $p=0,695$.

É possível observar, pelo quadro 18 que no atributo orientação profissional não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas quando são comparados gestores com profissionais de saúde. No entanto, quando são comparados gestores com ACS no atributo orientação profissional foram observadas diferenças estatisticamente significativas.

4.2 Avaliação do comportamento epidemiológico da hanseníase no município de Betim

Com relação à segunda parte dos resultados deste estudo, a TAB. 11 sintetiza algumas variáveis, seja as utilizadas para o cálculo dos indicadores e os próprios indicadores obtidos por meio dos cálculos realizados.

Constatou-se que no município de Betim foram registrados ao longo da série histórica em análise, 301 casos novos de hanseníase. Sendo que no ano de 2003 obteve-se o maior número de casos, e os anos de 2008 e 2010 foram aqueles com o menor número de casos novos registrados.

A redução em números absolutos observada foi de 38,6% do registro de casos novos de hanseníase de 2003 a 2013. E a média foi de 27,4 casos novos da doença no período em análise (2003 a 2013).

Em relação ao número absoluto de casos novos de hanseníase em menores de 15 anos, observou-se intensa oscilação no período avaliado. Conforme se observa na TAB. 11, o ano de 2011 foi aquele com o maior número de casos em menores de 15 anos. Predominantemente, foi observado que a detecção de casos de hanseníase em menores de 15 anos é pouco frequente no município de Betim, sendo que, houve média de 0,72 casos de hanseníase em menores de 15 anos de 2003 a 2013.

TABELA 11

Indicadores demográficos e da hanseníase, conforme ano de análise - 2003 a 2013. Betim, 2014

Variáveis	Ano										
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
População Geral	348.493	361.710	391.716	407.001	422.158	429.507	441.749	378.089	383.571	388.873	406.474
População em menores de 15 anos	110.483	114.673	124.184	129.032	119.899	120.101	121.614	94.057	95.421	96.739	*
Número de casos novos	44	35	31	33	28	19	21	19	21	23	27
Número de casos novos em menores de 15 anos	2	2	1	0	1	0	0	0	3	0	0
Coeficiente de detecção anual de casos novos de hanseníase por 100.000 habitantes.	12,63	9,68	7,91	8,11	6,63	4,42	4,75	5,03	5,47	5,91	6,64
Coeficiente de detecção anual de casos novos de hanseníase em menores de 15 anos de idade por 100.000 habitantes	1,81	1,74	0,81	0,00	0,83	0,00	0,00	0,00	3,14	0,00	0,00
Proporção de casos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico, entre os casos novos detectados e avaliados no ano.	13,64	5,71	6,67	19,35	19,23	27,78	23,81	26,32	5,00	17,39	19,23
Coeficiente de casos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico por 100.000 habitantes	1,72	0,55	0,51	1,47	1,18	1,16	1,13	1,32	0,26	1,03	1,23

* Para o ano de 2013 não foi possível calcular o coeficiente de detecção anual de casos novos de hanseníase em menores de 15 anos de idade por 100.000 habitantes, visto que não tínhamos disponível o total da população menor de 15 anos no ano de 2013.

Fonte: DATASUS/IBGE/ Sistema de Informação de Agravos de Notificação

Ao analisar a TAB. 11, com relação aos indicadores da hanseníase, em especial o coeficiente de detecção anual de casos novos de hanseníase por 100 mil habitantes, constou-se redução de 2003 a 2007, entretanto aumento do coeficiente de detecção de 2008 a 2013.

Em relação ao coeficiente de detecção anual de casos novos de hanseníase por 100 mil habitantes nos anos estudados demonstrou uma redução de 47,4% no período em estudo. Outra constatação refere-se à mudança na classificação do nível de endemicidade em Betim, no qual em 2003 foi de alta e no restante da série histórica foi de média endemicidade, de acordo com os parâmetros estabelecidos na Portaria 3.125 (BRASIL, 2010a). No período em análise, a média de detecção de casos novos de hanseníase foi de 7,02 casos novos em Betim.

O coeficiente de detecção anual de casos novos de hanseníase em menores de 15 anos de idade por 100 mil habitantes indicou intensa oscilação no período avaliado em Betim. Sendo que, de acordo com os parâmetros estabelecidos na mencionada Portaria do MS, até o ano de 2005, o coeficiente em menores de 15 anos foi considerado como média e isso também ocorreu em 2007 (BRASIL, 2010a). Porém, em 2011, o coeficiente de detecção em menores de 15 anos foi de alta endemicidade.

Dessa forma, o coeficiente de detecção anual de casos novos de hanseníase em menores de 15 anos de idade por 100 mil habitantes indicou uma tendência não linear durante o período em estudo. Devido a essa variabilidade observada, para a detecção de casos em menores de 15 anos não foram realizadas a média e nem a taxa de redução ou aumento.

Com o intuito de ilustrar a tendência da endemia no município de Betim, elaborou-se o gráfico 1 que apresenta a distribuição do coeficiente de detecção geral de hanseníase e na população menor de 15 anos por 100 mil habitantes, conforme ano de avaliação.

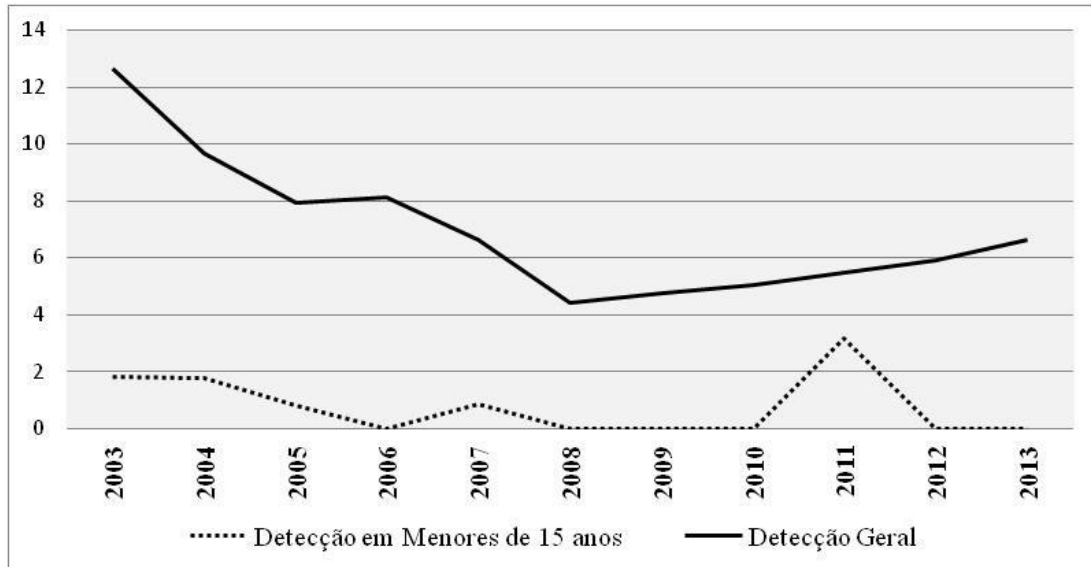


GRÁFICO 1 - Distribuição do coeficiente de detecção geral de hanseníase e na população menor de 15 anos por 100 mil habitantes, em Betim, conforme ano de avaliação.

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan

Pela TAB. 11 é possível demonstrar a oscilação de alguns indicadores da hanseníase, é o caso constatado na proporção de casos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico e do coeficiente de casos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico por 100 mil habitantes.

O indicador proporção de casos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico, indicou oscilação durante o período em análise. De acordo com os parâmetros do MS, na maioria dos anos em estudo, a proporção de casos com grau 2 de incapacidade foi de alta proporção, apenas nos anos de 2004, 2005 e 2011 esse indicador foi considerado como média proporção (BRASIL, 2010a).

Para o indicador proporção de casos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física no diagnóstico, houve um aumento dessa proporção na série histórica, pois em 2003 foi de 13,6 e em 2013 de 19,2. A média no período em análise foi de 16,7 para o indicador proporção de casos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física no diagnóstico.

O gráfico 2 apresenta a tendência do indicador proporção de casos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física no diagnóstico, segundo o ano de avaliação no município de Betim.

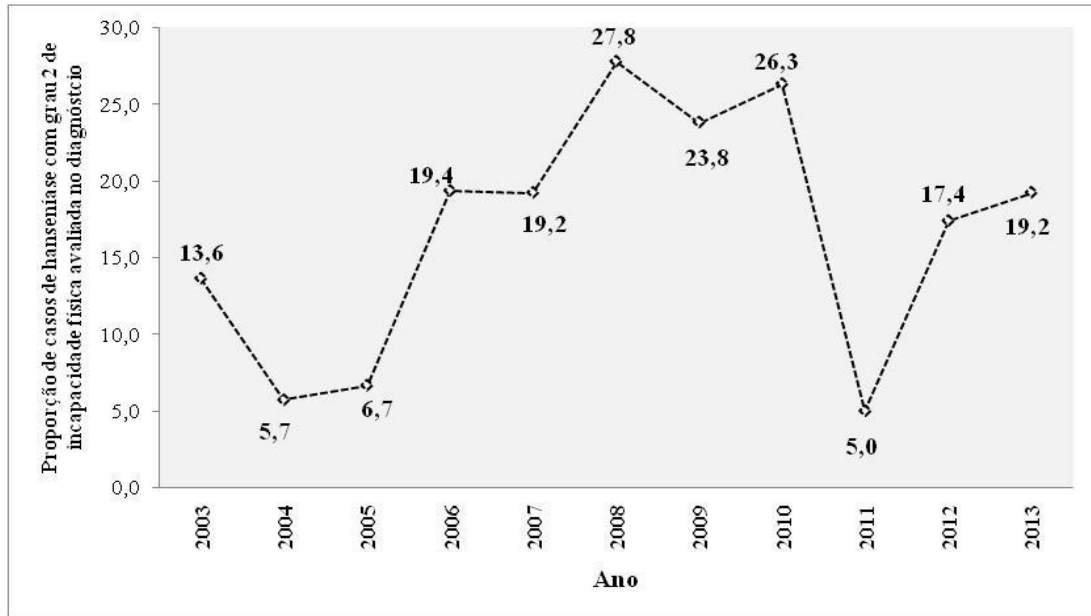


GRÁFICO 2 - Proporção de casos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física avaliada no momento do diagnóstico. Betim, 2014.

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan

No que se refere ao coeficiente de casos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico por 100 mil habitantes, é um indicador de hanseníase que é utilizado como meta global pela OMS. A OMS estabeleceu como meta uma redução de pelo menos 35% de 2011 para 2015.

Para o Brasil, o MS recomendou como meta a redução do coeficiente de casos de hanseníase com grau 2 de incapacidade no diagnóstico em 13% de 2008 a 2015. Assim, quando se realiza uma aproximação com a meta proposta pelo MS, observa-se tanto um aumento quanto uma redução do indicador ao longo da série histórica. Dessa forma, a TAB. 12 apresenta de forma sintética a variabilidade observada ao analisar a série histórica do coeficiente de casos de hanseníase com grau 2 de incapacidade no diagnóstico por 100 mil habitantes.

TABELA 12

Variabilidade do coeficiente de casos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico por 100 mil habitantes. Betim, 2014

Varição anual	Varição do Coeficiente de casos com grau 2 de incapacidade por 100 mil habitantes	Parâmetro (incremento ou redução)
2003 - 2004	1,72 - 0,55	Redução
2004 - 2005	0,55 - 0,51	Redução
2005 - 2006	0,51 - 1,47	Incremento
2006 - 2007	1,47 - 1,18	Redução
2007 - 2008	1,18 - 1,16	Redução
2008 - 2009	1,16 - 1,13	Redução
2009 - 2010	1,13 - 1,32	Incremento
2010 - 2011	1,32 - 0,26	Redução
2011 - 2012	0,26 - 1,03	Incremento
2012 - 2013	1,03 - 1,23	Redução

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan

A TAB. 13 descreve as variáveis e os outros indicadores selecionados para a avaliação do comportamento epidemiológico da hanseníase em Betim. Sendo que, os indicadores selecionados foram: proporção de cura de hanseníase entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes, proporção de examinados entre os contatos intradomiciliares registrados dos casos novos diagnosticados no ano e proporção de casos de hanseníase em abandono de tratamento entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes.

TABELA 13

Variáveis e indicadores da hanseníase, segundo ano de análise -2003 a 2013. Betim, 2014

Variáveis	Ano										
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Número de casos novos	44	35	31	33	28	19	21	19	21	23	27
Número de contatos registrados	182	192	132	164	100	72	68	67	51	85	81
Número de contatos examinados	95	102	88	64	45	51	51	57	42	51	63
Proporção de cura de hanseníase entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes	77,8	83,6	97,0	92,9	86,4	92,0	95,7	77,8	71,4	100,0	72,2
Proporção de casos de hanseníase em abandono de tratamento entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes	17,8	10,9	0,0	3,6	9,1	8,0	0,0	22,2	0,0	0,0	11,1
Proporção de examinados entre os contatos intradomiciliares registrados dos casos novos diagnosticados no ano.	52,20	53,13	66,67	39,02	45,00	70,83	75,00	85,07	82,35	60,00	77,78

Fonte: DATASUS/IBGE/ Sistema de Informação de Agravos de Notificação

Ao analisar a TAB. 13 para a proporção de cura de hanseníase entre os casos diagnosticados nos anos das coortes foi um indicador que demonstrou oscilação, isso se refere à variabilidade observada de acordo com os parâmetros do MS (BRASIL, 2010a). Sendo que, a média de 2003 a 2013 para a proporção de casos curados de hanseníase nos anos das coortes foi de 86,1%, dessa forma, considera-se como regular. No período em análise, houve uma redução da proporção de casos curados de hanseníase de 2003 a 2013.

Pelo gráfico 3, é possível constatar a oscilação do indicador proporção de cura de hanseníase entre os casos diagnosticados nos anos das coortes, conforme o ano de avaliação da série histórica.

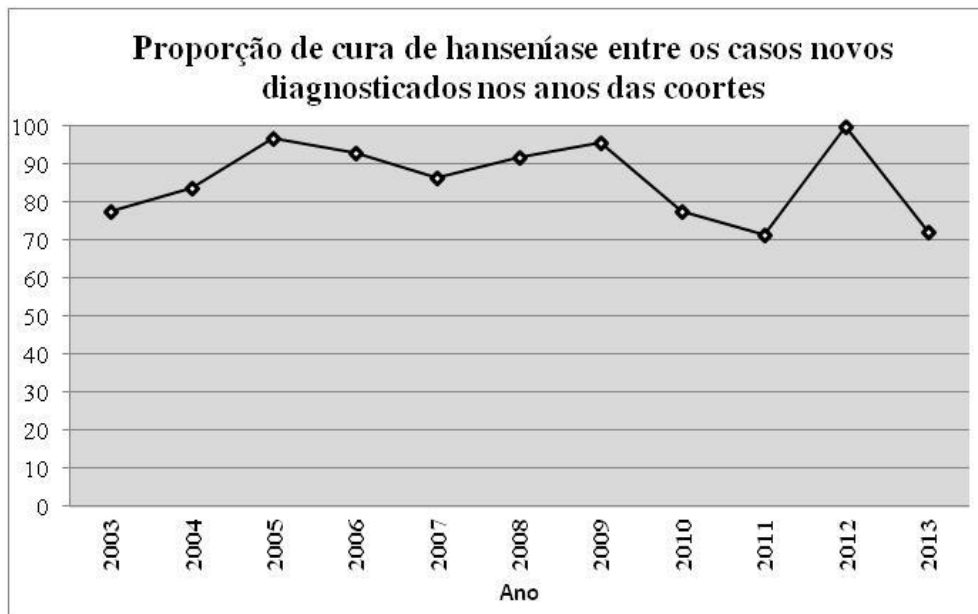


GRÁFICO 3 - Proporção de cura de hanseníase entre os casos diagnosticados nos anos das coortes, conforme ano de avaliação. Betim, 2014

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan

Com relação à proporção de casos de hanseníase em abandono de tratamento entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes, houve pouca oscilação desse indicador ao longo do período em análise. Entretanto houve oscilação da proporção de casos em abandono de bom a regular, conforme parâmetros do MS (BRASIL, 2010a). Também foi possível constatar que na série histórica houve uma redução de casos em abandono de tratamento, bem como a média foi de 7,5 de 2003 a 2013, considerado como bom pelos parâmetros vigentes.

Para o indicador proporção de examinados entre os contatos intradomiciliares registrados dos casos novos diagnosticados no ano, constatou-se a presença de oscilação. No período avaliado, dependendo do ano, a proporção de contatos examinados reduz ou aumenta. Sendo que, os anos de 2006 e 2007 foram considerados com a proporção de contatos

examinados como precário, segundo parâmetros do MS (BRASIL, 2010a). No restante da série histórica, a proporção de contatos examinados oscilou entre bom e regular. O indicador proporção de examinados entre os contatos intradomiciliares registrados dos casos novos diagnosticados no ano, a média foi de 64,3 de 2003 a 2013.

O gráfico 4 ilustra a variabilidade observada para a proporção de examinados entre os contatos intradomiciliares registrados dos casos novos de hanseníase diagnosticados, conforme o ano de avaliação no município de Betim.

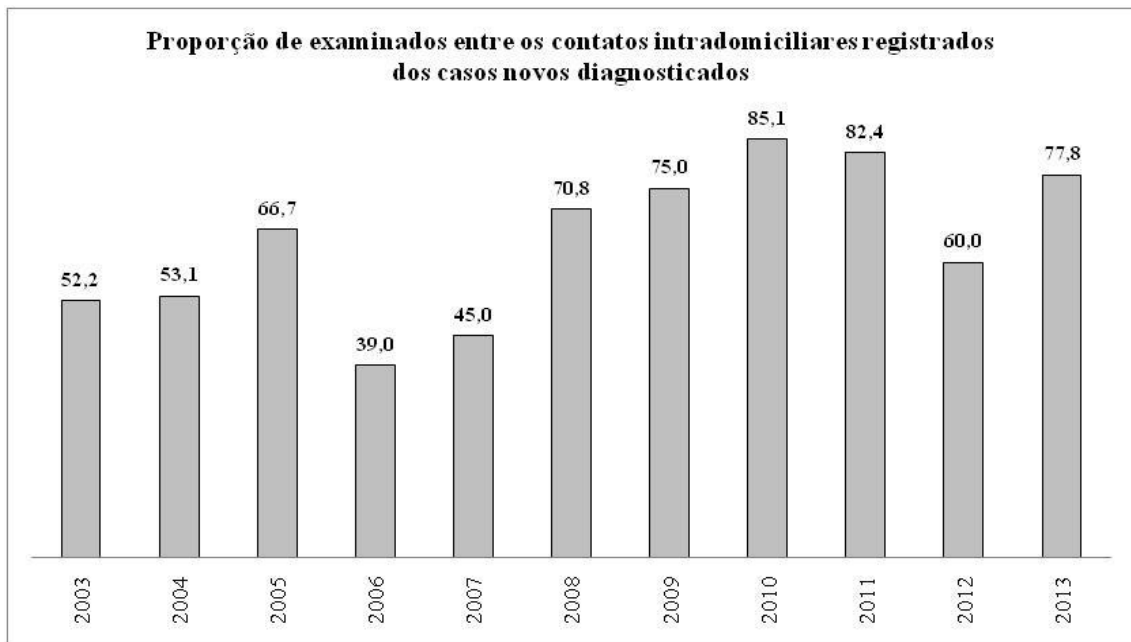


GRÁFICO 4 – Proporção de examinados entre os contatos intradomiciliares registrados dos casos novos de hanseníase diagnosticados, conforme o ano de avaliação. Betim, 2014

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan

Para os novos indicadores criados para este estudo, com relação à proporção de casos de hanseníase notificados no serviço de APS do município de Betim, os resultados sugeriram um enfraquecimento da capacidade do serviço de captar os casos novos da doença. Fato também observado quando se avalia a proporção de casos de hanseníase em tratamento no serviço de APS de Betim. A TAB. 14 apresenta o comportamento observado da proporção de casos notificados e tratados no serviço de APS do município de Betim de 2003 a 2013.

TABELA 14

Proporção e número de casos de hanseníase notificados e tratados na rede de atenção primária à saúde de 2003 a 2013. Betim, 2014

Ano	Proporção de casos novos de hanseníase	
	Notificados na APS % (n)	Tratados na APS % (n)
2003	70,45 (31)	70,45 (31)
2004	57,14 (20)	60,00 (21)
2005	51,61 (16)	51,61 (16)
2006	54,55 (18)	54,55 (18)
2007	42,86 (12)	46,43 (13)
2008	47,37 (9)	42,11 (8)
2009	19,05 (4)	19,05 (4)
2010	63,16 (12)	57,89 (11)
2011	23,81 (5)	23,81 (5)
2012	34,78 (8)	34,78 (8)
2013	44,44 (12)	48,15 (13)

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan

Em busca de inovação, foram elaborados novos indicadores que se referiam ao serviço de saúde da APS, no tocante à hanseníase, com intuito de compreender o serviço. Porém, como a proporção de casos notificados e tratados na APS foram indicadores novos, construídos exclusivamente para este estudo, não havia parâmetros para classificar. Por esse motivo, a avaliação foi realizada apenas analisando o comportamento do indicador de 2003 a 2013.

Ao analisar o comportamento da proporção de casos de hanseníase notificados na APS de 2003 a 2013, demonstrou oscilação durante a série histórica em análise e ainda constou-se queda gradativa da proporção de casos notificados na APS, com redução de 36,9% no período analisado. Dessa forma, a proporção de casos de hanseníase notificados na APS de Betim teve média de 46,3% na série histórica em análise.

Em relação à proporção de casos tratados na APS de Betim, o indicador manteve a oscilação semelhante à proporção de casos notificados na rede. Em relação à proporção dos casos de hanseníase tratados na APS de Betim, a média foi de 46,3 de 2003 a 2013, semelhante aos resultados observados para a proporção de casos de hanseníase notificados na rede de APS do município em estudo.

É interessante destacar que, ao analisar a TAB. 14 que diferenças foram encontradas anualmente na proporção de casos notificados e tratados na rede de APS de Betim, podendo citar, por exemplo, o ano de 2004, quando a proporção de casos tratados na rede de APS foi

superior à proporção de casos notificados na rede. Esses resultados sugerem que casos podem ter sido diagnosticados em outros locais, que não a APS, e devido à dificuldade dos profissionais em confirmar o diagnóstico de hanseníase, porém, esses casos foram referenciados ao serviço de APS para tratamento.

Entretanto, em 2008, a proporção de casos notificados na APS foi superior aos casos em tratamento, provavelmente os profissionais das UBS conseguiram captar os casos de hanseníase, mas devido a vários fatores, por exemplo, a rotatividade de médicos, esse caso de hanseníase pode ter sido encaminhado ao serviço de referência de hanseníase (UBS Citrolândia) do município para o tratamento.

O gráfico 5 ilustra a variabilidade da proporção de casos de hanseníase notificados e tratados na APS do município de Betim, conforme o ano de avaliação.



GRÁFICO 5 - Proporção de casos de hanseníase notificados e tratados na atenção primária à saúde, conforme ano de avaliação. Betim, 2014

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan

A proporção por modo de detecção foi outro indicador elaborado para este estudo. Assim a TAB. 15 apresenta os resultados obtidos ao calcular a proporção estratificada pelo modo de detecção conforme o ano de avaliação.

TABELA 15

Proporção dos casos novos de hanseníase por modo de detecção, segundo ano de avaliação.
Betim, 2014

Ano	Modo de detecção					
	Encaminhamento	Demanda espontânea	Exame de coletividade	Exame de contatos	Outros/ignorado	Missings
2003	27,3 (12)	52,3 (23)	2,3 (1)	2,3 (1)	2,3 (1)	13,6 (6)
2004	34,3 (12)	40,0 (14)	-	-	-	25,7 (9)
2005	19,4 (6)	41,9 (13)	9,7 (3)	3,2 (1)	3,2 (1)	22,6 (7)
2006	33,3 (11)	33,3 (11)	3,0 (1)	6,1 (2)	6,1 (2)	18,2 (6)
2007	75,0 (21)	14,3 (4)	3,6 (1)	3,6 (1)	-	3,6 (1)
2008	52,6 (10)	36,8 (7)	-	-	5,3 (1)	5,3 (1)
2009	61,9 (13)	38,1 (8)	-	-	-	-
2010	47,4 (9)	42,1 (8)	5,3 (1)	-	5,3 (1)	-
2011	47,6 (10)	28,6 (6)	-	19,0(4)	-	4,8 (1)
2012	52,2 (12)	26,1 (6)	4,3 (1)	-	8,7 (1)	8,7 (2)
2013	37,0 (10)	29,6 (8)	-	-	-	33,3 (9)

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan

Ao realizar a análise da TAB. 15, o modo de detecção por encaminhamento e demanda espontânea foi o tipo de detecção predominantemente encontrada, independente do ano de avaliação. Entretanto, detecção do tipo exame de coletividade e exame de contatos foram menos representativos ao analisar a série histórica.

Esses resultados devem ser analisados com cautela, pelo fato da quantidade de *missings* registradas no banco de dados.

O gráfico 6 ilustra de forma esquemática a variabilidade observada da proporção estratificado por modo de detecção dos casos de hanseníase, conforme o ano de avaliação.

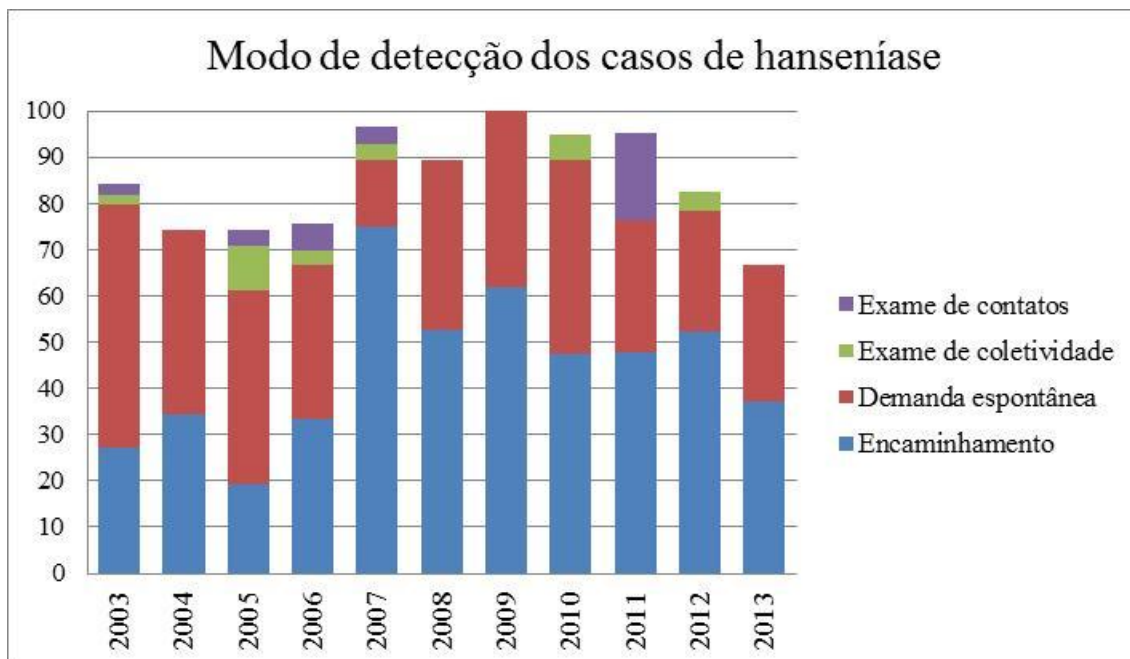


GRÁFICO 6 – Proporção por modo de detecção dos casos novos de hanseníase, conforme o ano de avaliação. Betim, 2014

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan

Por meio da análise do gráfico 6, o indicador proporção por modo de detecção indica pouca oscilação no período em análise. É possível constatar que a detecção é realizada por encaminhamento e demanda espontânea e, em especial, esses dois modos apresentam variabilidade ao longo do período estudado. Outro fato constatado é a detecção por exame de coletividade e exame de contatos pouco frequente na detecção de casos novos de hanseníase no município de Betim.

5. Discussão

5.1 AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA ATENÇÃO À HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE BETIM

Ao realizar uma avaliação geral do grau de orientação da APS nas ações de controle de hanseníase, no município de Betim, constatou-se que a maioria dos atributos essenciais da APS, os informantes-chaves consideraram o serviço como fortemente orientado para a atenção à hanseníase. Entre os atributos essenciais fortemente orientados para o serviço de APS, encontraram-se a porta de entrada, a integralidade dos serviços prestados e disponíveis, o atendimento continuado e a coordenação.

Entretanto, o único atributo essencial considerado como frágil pelos informantes-chave foi o acesso. Apenas os ACS, consideraram o acesso como fortemente orientado para a APS na atenção à hanseníase.

Na perspectiva dos gestores, profissionais de saúde e usuários, o acesso foi considerado como um ponto de estrangulamento do serviço, uma vez que questões geográficas e tolerância de atendimento foram apontadas pelos informantes de Betim como questões cruciais que impedem um acesso integral ao serviço de saúde da APS.

Estudo realizado por Lanza (2014), com a mesma ferramenta de avaliação das ACH na atenção primária, no município de Governador Valadares, na perspectiva dos informantes-chave (gestores, profissionais de saúde, ACS e usuários), o acesso também foi considerado como fracamente orientado na APS em relação à hanseníase. Tal resultado semelhante ao encontrado no município de Betim, que também avaliou a APS como fracamente orientada para o acesso na atenção à hanseníase. É importante destacar que o ACS foi o único informante-chave de Betim que considerou o acesso como fortemente orientado no serviço de APS, resultado semelhante ao observado no município de Teófilo Otoni (LANZA, 2014).

Vários estudos que utilizaram como metodologia de avaliação o PCATool, porém avaliaram o acesso na atenção primária em geral e em relação à tuberculose, também identificaram fragilidades no atributo acesso. Os motivos observados como dificultadores do acesso foram principalmente a demora no atendimento e o período restrito de funcionamento das unidades de saúde da APS (ARAKAWA *et al.*, 2011; PEREIRA *et al.*, 2011; LOUREIRO *et al.*, 2014; MESQUITA FILHO; LUZ; ARAUJO, 2014; REIS *et al.*, 2013).

Nesse sentido, os resultados corroboraram a hipótese de que o acesso é um atributo fragilizado não apenas com relação à hanseníase, mas também quando se avalia a APS ou outras comorbidades, como é o caso da tuberculose.

Particularmente em relação à hanseníase, o acesso é determinado pela priorização desse agravo na política de saúde, pela presença de profissionais capacitados e comprometidos na realização das ACH, pela disponibilização de instrumentos para a realização do exame dermatoneurológico, pelo oferecimento do exame baciloscópico e pela disponibilização de recursos para a divulgação dos sinais e sintomas da hanseníase para a população (LANZA; LANA, 2011, p. 351).

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

Torna-se fundamental reforçar a necessidade de garantir e ampliar a resolubilidade da atenção primária para o diagnóstico, seguimento dos casos e vigilância epidemiológica da hanseníase (ALENCAR *et al.*, 2012).

A ideia de que existe um ponto de entrada cada vez que um novo atendimento é necessário para um problema de saúde e que este ponto de entrada deve ser de fácil acesso é inerente à organização de serviços de saúde, este ponto de primeiro contato é conhecido como porta de entrada (STARFIELD, 2002, p.208). Entretanto, os resultados desse estudo apontaram uma porta de entrada fortemente orientada para os serviços de atenção primária e um acesso fragilizado com um fraco grau de orientação. Dessa forma, os resultados sugerem que os informantes-chave compreendem a APS como porta de entrada preferencial do serviço, porém como há fragilidades no acesso ao serviço de atenção primária, isso compromete a efetividade da porta de entrada.

No que diz respeito à efetividade da porta de entrada, ao analisar os resultados do fluxograma de assistência ao usuário com hanseníase, foram considerados vários serviços (UAI e Citrolândia) como porta preferencial de acesso aos serviços de saúde na atenção à hanseníase. Isso sugere que as dificuldades observadas no acesso provocam problemas na porta de entrada, dessa forma, torna-se prejudicial à atenção à saúde.

Segundo, Starfield (2002, p. 665):

A porta de entrada deve ser conduzida como um método para melhorar o uso adequado dos serviços de saúde de atenção primária, é uma estratégia fortalecedora, que aplica os recursos nos níveis de atenção em que eles são mais justificados.

Estudo qualitativo, que buscou compreender a organização do atendimento da demanda espontânea, constatou que a excessiva demanda é resultado tanto da pressão da população por atendimento médico quanto da desestruturação dos processos de trabalho das equipes (CAMPOS; FARIA, 2012). Esse panorama é reflexo principalmente da condição insuficiente da cobertura de ESF, gerando problemas no que se refere ao acesso.

Em Betim, o reconhecimento por parte dos informantes-chave como a APS sendo porta de entrada preferencial dos serviços de saúde, não garante atendimento, pois há problemas operacionais no acesso. Dessa forma, é compreensível o enfraquecimento no processo de descentralização das ACH para o âmbito da atenção primária à saúde. Por exemplo, um usuário com suspeita de hanseníase, ao procurar o serviço de APS e encontrar dificuldades para o atendimento de suas necessidades em saúde, com certeza irá procurar por outros serviços de saúde que sejam resolutivos do problema.

Na literatura, várias ameaças são apontadas como dificultadoras do processo de descentralização, tem-se a rotatividade de profissionais, resistência dos profissionais em participar de ações de controle da doença, desconhecimento sobre a hanseníase por parte de profissionais e comunidade, serviços de referência fortalecidos pela baixa resolutividade da atenção primária (MENDES *et al.*, 2008; FUZIKAWA, 2007). Além disso, a priorização da hanseníase na atenção primária e a presença de profissionais pouco capacitados e comprometidos com as ações são fatores que contribuem para o enfraquecimento no processo de descentralização (LANA; LANZA, 2012).

Ao realizar a análise de alguns desses fatores que enfraquecem a descentralização das ACH para a atenção primária, vale destacar dois atributos em especial a orientação comunitária e a orientação profissional.

Com relação à qualificação dos profissionais de saúde da APS de Betim, observaram-se fragilidades importantes, as quais os informantes-chave (ACS, gestores e profissionais de saúde) consideraram uma APS fracamente orientada na atenção à hanseníase para o atributo orientação profissional. A maioria dos informantes-chave entrevistados, realizou treinamento das ações de controle da hanseníase. Esse resultado indica que há capacitações realizadas para os profissionais da atenção primária, porém com o enfraquecimento do processo de descentralização e a

diminuição do número de casos novos da doença no município observa-se diminuição do investimento nas capacitações ofertadas.

Pesquisa realizada por Moreno, Enders e Simpson (2008), em municípios do Rio Grande do Norte, avaliou a opinião de médicos e enfermeiros das ESF em relação a treinamentos de hanseníase. Obteve-se como resultado que os treinamentos contribuem para o aumento da detecção da doença, visto que sensibilizam os profissionais, estimulando um “novo olhar” sobre a doença. Dessa forma, os profissionais se responsabilizam sobre a situação epidemiológica, realizando campanhas de busca ativa, aparecem casos novos e enfocam-se mais os assuntos profissionais (MORENO; ENDERS; SIMPSON, 2008).

Porém, faz-se necessária a reestruturação dos conteúdos programáticos, bem como da metodologia empregada dessas capacitações para melhor atender as reais necessidades dos profissionais e usuários, e isso deve ser realizado em colaboração com as equipes de saúde (FERREIRA *et al.*, 2009). Nesse sentido, torna-se importante o investimento contínuo no processo de qualificação dos profissionais da APS na atenção à hanseníase, com metodologias poderosas que atendam às necessidades do profissional e do usuário, dessa forma, buscando-se, assim, solucionar problemas que se referem à realização do diagnóstico precoce e acompanhamento dos casos de hanseníase. O desafio a ser superado é a insegurança dos profissionais em realizar o diagnóstico dos casos novos, condução do tratamento e realização de educação em saúde para usuários e comunidade.

Conforme definição de Almeida e Macinko (2006, p. 71):

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

Em relação aos atributos derivados, somente a orientação familiar foi considerada como fortemente orientada para a APS na atenção à hanseníase no município de Betim. Os outros atributos derivados, orientação comunitária e profissional foram pontos considerados frágeis no serviço, pois houve uma fraca orientação da APS na atenção à hanseníase observada na perspectiva dos informantes-chave.

Em especial, a forte orientação familiar observada demonstra preocupação dos profissionais da atenção primária com a dinâmica familiar, sabendo que as interações e conflitos que ocorrem na família influenciam diretamente na saúde das pessoas. Entretanto em outros estudos que realizaram análise do enfoque familiar na ESF na atenção em geral

constatarem que a incorporação da família nas práticas assistenciais ainda é algo incipiente e os usuários constatarem pouco ou nenhum interesse dos profissionais da ESF em conhecer suas condições de vida e de seus familiares (ALENCAR *et al.*, 2014; SILVA; GIOVANELLA; MAINBOURG, 2014).

Esse panorama não se confirma quando se avalia a atenção à hanseníase, já que no tocante à essa doença, necessariamente a família deve ser inserida no processo terapêutico, pois o núcleo familiar é o grupo de maior risco de contrair a doença. Além disso, faz-se necessário que a família compreenda o processo de saúde-doença, a terapêutica medicamentosa, e ainda que seja facilitadora da adesão ao tratamento. Uma atenção que se centre na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, 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 (FUZIKAWA, 2007; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

A centralização na família resulta quando o alcance da integralidade fornece base para considerar os pacientes dentro de seus ambientes, quando a avaliação das necessidades para a atenção integral considera o contexto familiar e sua exposição a ameaças à saúde e quando o desafio da coordenação da atenção se defronta com recursos familiares limitados (STARFIELD, 2002, p. 486).

Nesse ponto é oportuno demonstrar que, na visão dos informantes-chave, a integralidade dos serviços disponíveis e prestados foi considerada como um aspecto forte no serviço de atenção primária de Betim, mostrando a capacidade da ESF em lidar com problemas de saúde, da população que atende, no tocante à hanseníase. Entretanto é oportuno destacar que a forte orientação familiar encontrada na assistência ao usuário com hanseníase, pode ser que esse mesmo cenário para a orientação familiar não seja igual quando se avalia o serviço de atenção primária no geral.

De forma semelhante, o atendimento continuado e a orientação familiar foram considerados como fortemente orientados na atenção à hanseníase na perspectiva dos informantes-chave. Esses resultados indicam que o desafio para consolidação dos serviços de atenção primária como coordenadores do cuidado está em assegurar que o usuário com diagnóstico confirmado permaneça nos serviços de APS. O atendimento continuado e a orientação familiar fortemente orientada sugerem que os profissionais da APS tenham um olhar diferenciado para o usuário com diagnóstico de hanseníase. Além disso, a presença do vínculo entre usuário e profissional aproxima os profissionais do contexto familiar, havendo uma interação interessante entre esses dois atributos.

Nesse ponto é importante retomar os investimentos na continuidade do processo de descentralização, incorporando as redes de atenção à saúde. As redes de atenção à saúde constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial (BRASIL, 2012a). Assim as redes de atenção destacam a APS como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de profissionais de várias áreas de atuação que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo às suas necessidades de saúde (BRASIL, 2011b).

Em relação ao atributo coordenação, os informantes-chave atribuíram um alto grau de orientação da APS na atenção à hanseníase. Apesar dos problemas de acesso aos serviços de saúde da APS de Betim, quando o usuário do serviço de hanseníase tem resolutividade das necessidades de saúde, os profissionais responsabilizam-se por esse usuário e conseguem manter a coordenação do cuidado mesmo quando necessária atenção em outros pontos de rede. Nesse sentido, o serviço de APS de Betim deve fortalecer seu papel de coordenação do cuidado da rede de atenção à saúde do município. No município de Betim, algumas barreiras foram citadas como dificultadoras da efetivação da coordenação do cuidado como: formulários de acompanhamento dos casos não padronizados e protocolos de assistência à hanseníase ultrapassados.

Estudo realizado por Almeida, Fausto e Giovanella (2011), apontou estratégias para o fortalecimento da APS como coordenadora da rede de atenção à saúde, dentre elas a expansão das ESF como tática de ampliação do acesso da população aos serviços de saúde e a organização da porta de entrada do sistema, ampliando a resolutividade. Além disso, a construção de linhas de cuidado e elaboração de protocolos em conjunto com profissionais da APS, especialistas, entidades profissionais e gestores facilita a articulação e a comunicação entre os níveis assistenciais, a coordenação dos cuidados e a adesão dos profissionais às diretrizes estabelecidas (GIOVANELLA *et al.*, 2009).

No que diz respeito ao atendimento continuado, estudo realizado com a mesma ferramenta de avaliação deste estudo, porém realizado no município de Teófilo Otoni, aponta que, na perspectiva dos gestores houve fraco grau de orientação da APS nas ACH para o atributo atendimento continuado (LANZA, 2014). Nesse município, tradicionalmente os usuários de hanseníase possuem o serviço de referência como fonte de atenção ao agravo, justificando a baixa orientação do atendimento continuado. Resultado diferente foi observado no município de Betim, já que na perspectiva dos diferentes informantes-chave houve alto grau de orientação da APS para as ações de controle da hanseníase, no que se refere ao

atendimento continuado, reflexo da descentralização das ações de controle da hanseníase para a APS, mesmo em um cenário em que houve enfraquecimento do processo.

E, por último, “a orientação comunitária é um atributo derivado que se refere ao conhecimento das necessidades em saúde dos usuários, em um contexto social” (STARFIELD, 2002, p. 487). Na perspectiva dos informantes-chave de Betim, houve um fraco grau de orientação da APS nas ações de controle da hanseníase no atributo orientação comunitária. Esse fraca orientação comunitária observada pelos informantes-chave foi atribuída à insuficiência de capacitações, indisponibilidade de material educativo para divulgação da doença, ausência de busca ativa de casos novos, falhas na educação em saúde e o relato de que as ações de controle da hanseníase não são rotina no serviço.

Faz-se necessário discutir alguns pontos principais da orientação comunitária, o conhecimento das necessidades de saúde da comunidade, o reconhecimento das redes sociais e os sistemas de apoio e o envolvimento do profissional com a comunidade em questões relacionadas à prática (STARFIELD, 2002, p. 488).

Vários estudos que utilizaram a ferramenta de avaliação PCATool (BRASIL, 2010b), também obtiveram escores insatisfatórios quando avaliou-se a orientação comunitária na perspectiva dos usuários em geral da APS e na visão dos cuidadores de crianças (CASTRO *et al.*, 2012; MESQUITA FILHO *et al.*, 2014; PEREIRA *et al.*, 2011; SALA *et al.*, 2011). De forma semelhante, estudo realizado na perspectiva da hanseníase também constatou fraca orientação da APS na orientação comunitária, na visão de gestores, usuários, profissionais de saúde e ACS (LANZA, 2014). Esses estudos corroboraram os resultados observados no atributo orientação comunitária em Betim, mostrando uma fragilidade real da APS.

Algumas medidas podem ser realizadas para o fortalecimento da orientação comunitária, como: revisão do processo de trabalho, para que aquele que utiliza o serviço tenha participação na formulação de propostas e intervenções e o empenho na realização de visita domiciliar realizada por todos os profissionais, o que facilita a vigilância em saúde e o acompanhamento das famílias e comunidade (LEÃO; CALDEIRA; OLIVEIRA, 2011; PEREIRA *et al.*, 2011).

Em relação às ações de controle da hanseníase, o envolvimento do profissional com a comunidade dá-se principalmente pelo estabelecimento das redes sociais. Iniciativa inovadora como a Pesquisa Operacional realizada em forma de oficinas mostra-se como uma estratégia formadora do elo entre serviço, atenção, saúde e a ciência, e ainda baseia-se numa sustentabilidade técnico-política, capaz de formar pessoas, identificar problemas e definir soluções (GOMIDE *et al.*, 2009; RAMOS JR. *et al.*, 2006). Esse tipo de formação

profissional é essencial para que os profissionais reconheçam a rede social construída no processo de consolidação da APS como coordenadora do cuidado ao usuário com hanseníase.

5.2 AVALIAÇÃO DO COMPORTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO DA HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE BETIM

A primeira constatação do comportamento epidemiológico realizado em Betim é a diminuição do número de casos novos da doença de 2003 a 2007 e crescente detecção de casos novos nos últimos seis anos da série histórica (2008 a 2013). A média de detecção dos casos novos de hanseníase por 100 mil habitantes foi de 7,02 casos na série histórica. De acordo com os parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010a), o município de Betim, na maioria dos anos estudados apresentou um coeficiente médio de detecção dos casos novos. Dessa forma, o município de Betim, apresenta uma tendência decrescente na detecção de casos novos da doença e isso é uma realidade no país, mas nota-se ainda alta detecção de casos de hanseníase nas regiões Norte, Centro- oeste e Nordeste do Brasil (BRASIL, 2009).

Entretanto, o ano de 2003 destacou-se pelo alto coeficiente de detecção de casos novos de hanseníase por 100 mil habitantes e no restante da série histórica, como médio coeficiente de detecção de casos da doença e tendência de redução de 2003 a 2007, e crescente detecção de 2008 a 2013. Torna-se importante destacar que em 2003 o processo de descentralização estava recentemente implantado, sendo assim os profissionais da APS estavam sensibilizados quanto ao tema da hanseníase, ressaltando-se ainda que, nesse período busca ativa de casos novos pode ter ocorrido, justificando o aumento da detecção. Estudo realizado em Sobral/Ceará também constatou aumento da detecção de casos novos de hanseníase no município no ano de 2003 (CAMPOS *et al.* 2005). Penna *et al.* (2008), analisando a tendência da taxa de detecção da hanseníase de 1980 a 2006 no Brasil, obteve como resultado redução na taxa de detecção de casos novos durante o ano de 2003, indicando uma nova fase de controle da endemia.

Quando se avalia o coeficiente de detecção da hanseníase em menores de 15 anos, constata-se oscilação do indicador, variando conforme o ano de avaliação, entre média, alta e baixa endemicidade de 2003 a 2013, de acordo com os parâmetros do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010a). O Coeficiente de detecção da hanseníase em menores de 15 anos é um indicador utilizado para avaliar a força e transmissão recente da endemia e tendência, sendo certo que outros estudos que realizaram séries históricas para avaliar o coeficiente de detecção

em menores de 15 anos também constataram oscilações não lineares nos períodos estudados (BRASIL, 2010a; LANA; CARVALHO; DAVI, 2011). Estudo realizado em Uberaba, também encontrou nove casos novos de hanseníase em menores de 15 anos de 2000 a 2006 (MIRANZI; PEREIRA; NUNES, 2010). Resultado semelhante observa-se em Betim, de 2003 a 2013, em que foram detectados nove casos novos de hanseníase em menores de 15 anos de idade.

Destaca-se elevada proporção de casos de hanseníase em menores de 15 anos no ano de 2011, e a intensa oscilação desse indicador sugere a possibilidade de subnotificação de casos em crianças. Dessa forma é possível a ocorrência de falhas no serviço de saúde, visto que, nos anos seguintes (2012 e 2013), nenhum caso novo de hanseníase foi detectado em menores de 15 anos. Faz-se necessário o fortalecimento dos serviços de atenção primária, como articuladores das ações de controle da hanseníase, tornando-se de extrema importância a realização de busca ativa de casos novos da doença em menores de 15 anos, por meio de campanhas nas escolas e aprimoramento do exame de contatos em crianças. Recomendações do Ministério da Saúde colocam o Programa de Saúde Escolar (PSE) como estratégia de controle da doença, por meio da realização de ações educativas voltadas para sinais e sintomas da hanseníase, busca ativa de casos em escolares e seus contatos intradomiciliares (BRASIL, 2012c). A permanência dos níveis elevados de endemicidade da hanseníase em crianças, como foi o caso de Betim em 2011, sugere que as crianças podem ser contatos de casos ainda não detectados pelo sistema (IMBIRIBA *et al.*, 2008).

Além do número de casos novos de hanseníase, o potencial de causar incapacidade é um fator que determina a doença como problema de saúde pública. Nesse cenário, nos resultados para a proporção de casos novos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física no diagnóstico, foram observadas altas proporções de usuários com grau 2 de incapacidade na maioria dos anos estudados da série histórica. A avaliação de casos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física aponta para a realização de diagnóstico sendo realizado tardiamente, com uma população pouco informada sobre os sinais e sintomas da hanseníase, e esse problema também é observado em outros estudos realizados em municípios de Minas Gerais (LANA; CARVALHO; DAVI, 2011; MELÃO *et al.*, 2011; MOREIRA *et al.*, 2011).

Dessa forma, torna-se importante a intensificação de detecção ativa de casos novos de hanseníase no município de Betim. Mesmo em um cenário em que a doença enfrenta novo estágio de controle é relevante o investimento contínuo nas ações de controle da hanseníase.

Quando se avalia o modo de detecção dos casos de hanseníase no município, constata-se intensa detecção por encaminhamento e demanda espontânea. Entretanto, outras formas de

detecção, como exame de contatos e exame de coletividade, foram menos significativas na série histórica. Esse resultado demonstra que a detecção dos casos novos de hanseníase no município se dá essencialmente por detecção passiva, o que indica que o serviço de atenção primária pouco realiza atividades para detectar casos novos da doença. A pouca proporção de casos novos detectados pelo exame de contatos, pode-se deduzir menos transmissão da doença na população ou os serviços estão negligenciando o exame de contatos dos casos novos diagnosticados (MELÃO *et al.*, 2011).

Estudo realizado no Maranhão também constatou fragilidades quanto aos modos de detecção por exame de coletividade e por exame de contatos, quando comparados aos outros modos de detecção (RIBEIRO *et al.*, 2013). No Maranhão, na série histórica de 2001 a 2009, a proporção por exame de coletividade foi de 2,6%, semelhante aos resultados deste estudo, que encontrou em Betim de 2003 a 2013, 2,6% do modo de detecção por exame de coletividade. Quando comparamos o estudo do Maranhão, com relação ao exame de contatos, obtêm-se média das séries históricas diferentes, sendo de 6,1% no Maranhão e de 3,1% em Betim.

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

Nesse sentido, é necessário o empenho dos profissionais em esclarecer os conteúdos que são necessários para ampliar o conhecimento dos usuários sobre hanseníase ao realizar as ações educativas, movendo-se em uma fala centrada na tradição do trabalho em saúde, que deve ser capaz de prevenir a doença, promover a saúde e educar a população (SILVA; PAZ, 2010).

Ao realizar a análise da proporção de examinados entre os contatos intradomiciliares registrados dos casos novos diagnosticados é possível constatar uma irregularidade do comportamento desse indicador, e ainda uma melhora a partir do ano de 2007. Na média geral, de 2003 a 2013, o indicador foi classificado como regular de acordo com os parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010a). A meta estabelecida para o exame de contatos em 2011 foi de 63% no Brasil, 75% em Minas Gerais e 60% em Betim. Dessa forma, torna-se oportuno destacar que a meta foi alcançada a partir do ano de 2008 no

município, e houve enfraquecimento do exame de contatos no ano de 2012 (PREFEITURA MUNICIPAL DE BETIM, 2010; BRASIL, 2010a). É provável que no ano de 2012, o serviço de saúde de Betim tenha enfrentado algum problema operacional que influenciou a efetividade da realização do exame de contatos, entretanto, o município conseguiu alcançar a meta proposta. Segundo Vieira *et al.* (2008), os comunicantes são considerados de significativa importância epidemiológica em termos de endemia, pois é grupo de risco vulnerável do ponto de vista da cadeia do processo infeccioso da hanseníase.

Evidencia-se que, além de profissionais da APS sensibilizados para a realização do exame de contatos, outra faceta que necessita ser discutida diz respeito às causas relacionadas à não procura dos contatos intradomiciliares pela realização do exame. Nesse caso, Temoteo *et al.* (2013) indicaram em seu estudo alguns motivos que levam os contatos intradomiciliares a não procurar a APS para serem submetidos aos exame dermatoneurológico. Entre os principais motivos estão à ausência de sinais e sintomas da doença, a falta de interesse e/ou omissão, falta de informação ou informação inadequada, incompatibilidade de horários e/ou trabalho, vergonha e/ou preconceito com a doença ou o medo do exame (TEMOTEO *et al.*, 2013). Nesse sentido, novamente faz-se necessário o fortalecimento da educação em saúde como instrumento de divulgação das informações para usuários, contatos e comunidade, com o intuito de melhorar a qualidade do conhecimento e diminuir a questão do estigma. Com relação à incompatibilidade de horários, faz-se presente a questão do acesso aos serviços de saúde da APS, ou seja, estratégias de ampliação do atendimento as esses casos devem ser realizadas. A flexibilidade de atendimento deve ser uma tática utilizada pelos profissionais da APS como forma de melhorar essa questão do horário de atendimento das UBS, como estratégia de captação dos usuários que trabalham no horário de atendimento dos serviços de APS.

Com relação à proporção de cura de hanseníase entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes, na série histórica esse indicador foi considerado como regular. A média de 2003 a 2013 da proporção de cura foi de 86,1%. O indicador proporção de cura avalia a qualidade da atenção e do acompanhamento dos casos novos diagnosticados até a completude do tratamento (BRASIL, 2010a). Nesse sentido, os resultados apontaram para uma regularidade desse indicador visto que, ao longo da série histórica, houve variações de bom para regular, e apenas no ano de 2011 a proporção de cura foi considerada como precária pelos parâmetros do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010a). Quando se realiza uma aproximação com as metas pactuadas no Pacto pela Saúde, que recomendou aos municípios com proporção de cura superior a 90% em 2006, como foi o caso de Betim, manter ou ampliar

a cura em relação a 2006 (BRASIL, 2008c). Constata-se que essa meta não foi efetivamente alcançada pelo município, uma vez que a partir de 2006, conforme os anos seguintes de avaliação observa-se variabilidade da proporção de cura de hanseníase entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes.

Torna-se necessário o fortalecimento da atenção primária à saúde na assistência à hanseníase, em especial o acompanhamento dos casos novos até o final do tratamento. Dessa forma, a criação de vínculo e continuidade da atenção tornam-se instrumentos valiosos para a completude da terapêutica medicamentosa e vigilância epidemiológica da hanseníase.

Ao analisar a série histórica, quanto à proporção de casos de hanseníase notificados na APS de Betim, obteve-se um enfraquecimento das notificações no serviço de atenção primária, sendo que o ápice foi no ano de 2003 e o pior ano de casos notificados na APS foi em 2009. Em especial, dois aspectos fazem-se presentes, o primeiro é o enfraquecimento do processo de descentralização e o segundo refere-se às dificuldades da atenção primária em coordenar a rede de atenção à saúde de Betim. Dessa forma, constatou-se o enfraquecimento do processo de descentralização, pois os esforços não foram suficientes para a sustentação da descentralização das ações de controle da hanseníase para o âmbito da atenção primária.

Para Fuzikawa (2007, p.97):

Ameaças constantes no processo de descentralização em Betim deveriam ser combatidas, tais como a rotatividade de profissionais e resistência de muitos em participar das ACH, o desconhecimento ainda existente por parte dos profissionais de saúde e comunidade em geral, e a inércia de décadas de um programa de hanseníase executado por especialistas, muitas vezes à margem de mudanças estruturais e conceituais no sistema de saúde.

Contudo, essa pouca efetividade dos esforços em continuar o processo de descentralização demonstrou um retrocesso no desenvolvimento da atenção primária na assistência ao usuário com hanseníase. Da mesma forma que foram observadas fragilidades na proporção de casos notificados na atenção primária, também houve enfraquecimento dos casos novos de hanseníase sendo tratados em serviços de APS de Betim.

A proporção de casos de hanseníase tratados no serviço de APS foi maior em 2003 e, ao analisar o restante da série histórica, observa-se a atenção primária enfraquecida, quando se avalia os casos tratados no serviço. Desse modo, é oportuno destacar os vários motivos que podem justificar casos não tratados na atenção primária. Dentre esses motivos, estão o estigma dos usuários em tratar em locais próximos às suas residências, profissionais da APS “inseguros” para conduzir os casos novos da doença e serviço de referência de hanseníase (UBS Citrolândia) fortalecida, que detém os usuários para tratamento.

6. Limitações

Durante o processo de coleta de dados foram identificadas algumas limitações. Em relação aos ACS obteve-se uma perda de participantes, pois durante o período de realização das entrevistas os ACS realizaram greve no município, com adesão em massa desses profissionais.

Com relação aos profissionais de saúde (médico e enfermeiros), constatou-se, no início da coleta de dados, que alguns desses profissionais estavam recentemente alocados no serviço e identificou-se que a gestão municipal deu posse aos profissionais que foram aprovados no concurso. De alguma forma esses profissionais pouco experientes no serviço podem ter impactado nos resultados desta pesquisa, porém ressalta-se que essa limitação já é algo esperado em estudos transversais, pois os resultados retrataram a realidade do momento.

Dos profissionais médicos, durante o período de coleta de dados, havia uma elevada quantidade desses que pertenciam ao “Programa Mais Médicos”, e isso representou um impacto na amostra. E ainda, os profissionais médicos, foram os informantes-chave cuja realização dos agendamentos causaram dificuldade, pelo fato da intensa demanda de atendimentos realizada por eles.

Mesmo com a preocupação em adotar vários cuidados para a minimização dos vieses que podem ocorrer, pode ter ocorrido o viés de intenção, na perspectiva dos gestores. Os gestores tiveram uma visão conservadora dos serviços de APS, quando comparados com os outros informantes-chave, pois os gestores coordenam as unidades de saúde que estão avaliando.

Outro viés que pode ter ocorrido é o de seleção, visto que na amostra de ACS trabalha-se com uma amostragem por conveniência, devido às dificuldades operacionais encontradas durante a coleta de dados, como a greve dos profissionais.

Em relação aos dados do Sinan identificou-se a necessidade de avaliações sobre a qualidade desses registros rotineiramente, pois foram constatadas algumas inconsistências no banco, refere-se principalmente a campos sem preenchimento. Entende-se que o Sinan é um instrumento valioso de avaliação das atividades de várias comorbidades, e em especial o monitoramento da hanseníase.

7. Considerações finais

Foi de extrema relevância avaliar um serviço de atenção primária no tocante à hanseníase, em diferentes etapas de avaliação complementares, com o intuito de analisar os processos na construção da assistência à doença no município de Betim. Dessa forma, avaliar a qualidade assistencial e o comportamento epidemiológico da doença, tendo como base a política de descentralização, tornou possível a constatação de várias conclusões.

Em relação à avaliação de desempenho da APS nas ACH, na visão dos informantes-chave, identificaram-se fragilidades quanto aos atributos acesso, orientação comunitária e a orientação profissional. O acesso aos serviços de saúde é ponto para toda e qualquer doença, em especial, a hanseníase, no município de Betim é uma questão crucial a ser resolvida pela gestão municipal. Os resultados apontaram um déficit no acesso, e isso pode causar algum tipo de impacto, tanto do ponto de vista da qualidade da assistência, quanto ao comportamento epidemiológico da endemia no município. A quantidade de ESF é um aspecto a ser ampliado, como forma de melhorar a avaliação do acesso.

A avaliação negativa quanto à orientação comunitária, apenas reforça a ideia de que as ESF que atuam no controle da hanseníase devem ser sensibilizadas para compreender que o usuário está inserido em uma comunidade, conseqüentemente resulta em um complexo contexto de relações entre comunidade, usuário e família.

No que diz respeito ao resultado insatisfatório da orientação profissional, é inegável a necessidade de investimento em capacitações permanentes para os profissionais que lidam diretamente com o usuário de hanseníase. É oportuno destacar que, além dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros), é imprescindível que as capacitações também sejam realizadas para os ACS e os gestores. Os ACS são figuras chave na realização da suspeita dos casos de hanseníase e são os profissionais que fazem a ponte entre o serviço e usuário. A capacitação de gestores é outro ponto crucial, pois são estes profissionais que realizam o monitoramento da endemia na área de abrangência e ainda são responsáveis pelo planejamento das ações de controle da hanseníase dentro dos locais que coordenam.

Na questão do fluxograma de assistência ao usuário com hanseníase, segundo a visão dos informantes-chave, constatou-se uma necessidade de realizar novos estudos que

identifiquem quais são os determinantes que levam os usuários a procurar por outros serviços de saúde, que não os da atenção primária.

Pela análise do fluxograma de assistência ao usuário com hanseníase, o serviço de referência do município (UBS Citrolândia), destacou-se como o local que coordena a atenção à hanseníase no município. Dessa forma, verifica-se a necessidade de fortalecimento dos serviços de APS de Betim, como principal ponto da rede que coordene a assistência à hanseníase.

Com relação ao comportamento epidemiológico da hanseníase em Betim, a primeira constatação importante é o enfraquecimento do processo de descentralização das ACH na atenção primária. Nesse sentido, sugerem-se à gestão municipal medidas que fortaleçam a atenção primária e reconfigure as atribuições do serviço de referência, com o objetivo de retomar a descentralização como política hegemônica na assistência à hanseníase. Sabe-se que serviços descentralizados oferecem melhor qualidade assistencial e satisfação do usuário.

Observou-se diminuição na magnitude e tendência da doença de 2003 a 2007 e tendência crescente de detecção de casos novos de 2008 a 2013, isso evidencia que o município pode estar enfrentando novo estágio de controle da hanseníase, dessa maneira, há uma necessidade de investigações contínuas do comportamento endêmico da doença em Betim. Por meio do monitoramento contínuo será possível a confirmação do controle da hanseníase, e conseqüente eliminação como problema de saúde pública. Foram constatadas instabilidades da qualidade dos serviços, quando se analisam, do ponto de vista epidemiológico, os indicadores operacionais de acordo com os parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Essas instabilidades observadas para os indicadores operacionais devem ser combatidas pela gestão e profissionais de APS, com estratégias de controle da doença apropriadas à realidade do território.

Conclui-se deste estudo que o município de Betim apresentou desempenho mediano para as ações de controle da hanseníase no âmbito da atenção primária, visto que, na perspectiva dos informantes-chave há fragilidades no que concerne ao acesso e a orientação comunitária e profissional, impactando na qualidade da assistência prestada na atenção à hanseníase. Além disso, os indicadores operacionais que retratam a qualidade da assistência ofertada aos usuários do serviço de hanseníase, obteve-se parâmetros não-lineares ao analisar a série histórica. Esses resultados indicaram que a oferta de serviços de boa qualidade não é regular quando se avalia a série histórica.

Dessa forma, constata-se que um bom desempenho dos serviços de atenção primária se constrói a partir dos atores sociais envolvidos na assistência, depende da qualificação contínua dos profissionais da rede, da garantia de estrutura mínima para atuação das equipes e integração de esforços entre os diferentes atores responsáveis pelo controle da hanseníase, visando à otimização e a adequação dos recursos existentes às necessidades diversas dos indivíduos adoecidos pela hanseníase.

Recomenda-se que o instrumento de avaliação de desempenho da atenção primária nas ACH, seja continuamente aplicado no serviço, como forma de monitorar a qualidade da assistência prestada ao usuário com hanseníase, tornando possível o aprimoramento do serviço de APS do município. Também se recomenda que nos próximos estudos sejam incluídos os médicos pertencentes ao “Programa Mais Médicos”, considera-se que após algum tempo esses profissionais tornem-se pontos chave na assistência ao usuário com hanseníase na atenção primária.

Além do monitoramento contínuo do desempenho da atenção primária na atenção à hanseníase, faz-se necessária a avaliação rotineira dos indicadores da doença, como forma de avaliação contínua da magnitude e tendência da hanseníase.

Sugere-se o fortalecimento das ACH no município de Betim, principalmente na busca ativa pelos contatos intradomiciliares, promoção e implementação de ações educativas para maximizar o conhecimento da comunidade sobre a doença. Além disso, uma retomada no investimento do processo de descentralização das ações de controle da hanseníase para o âmbito do serviço de atenção primária. Por meio, principalmente de atividades educativas que visem à maximização do conhecimento sobre a doença e capacitação dos profissionais que compõe a rede de atenção primária à saúde de Betim.

Referências

- ALENCAR, M. N. *et al.* Avaliação do enfoque familiar e orientação para a comunidade na Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**. v.19, n.2, p. 353-364, 2014.
- ALENCAR, C. H. M. Diagnóstico da hanseníase fora do município de residência: uma abordagem espacial, 2001 a 2009. **Cad. Saúde Pública**. v. 29, n. 9, p. 1685-1698, set. 2012.
- ALMEIDA, C.; MACINKO, J. **Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2006. (Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde, 10).
- ALMEIDA, P. F.; FAUSTO, M. C. R. ; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Rev. Panam. Salud Publica*. v. 29, n. 2, p. 84-95, 2011.
- AMARAL, E.P.; LANA, F. C. F. Análise espacial da hanseníase na microrregião de Almenara, MG, Brasil. **Rev Bras Enferm**.v. 61., n.(esp), p. 101-707, nov. 2008.
- ARANTES, C. K. *et al.* Avaliação dos serviços de saúde em relação ao diagnóstico precoce da hanseníase. **Epidemiol. Serv. Saúde**. v. 19, n. 2, p. 155-164, abr.-jun. 2010.
- ARAÚJO, M. G. Hanseníase no Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v.36, n.3, p.373-382, 2003.
- ARAKAWA, T. *et al.* Acessibilidade ao tratamento de tuberculose: avaliação de desempenho de serviços de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 19, n. 4, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n4/pt_19.pdf. Acesso em: 05 nov. 2014.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988. 292p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial, Brasília, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 10 jan 2015.
- 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. **Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS/SUS 01/2001**. Portaria n. 95 de 26 de janeiro de 2001a. Brasília. 2001. 21 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Plano Nacional de mobilização e intensificação das ações para a eliminação da hanseníase e controle da tuberculose**. Brasília. 2001b. 36p.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção primária e promoção da saúde**. 1. ed. Brasília: CONASS, 2007. 232 p. (Coleção Progestores - Para entender a gestão do SUS, 8).

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. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a. 200 p. (Normas e Manuais Técnicos - Cadernos de atenção básica, n. 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. 60p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 325 de 21 de fevereiro de 2008**. Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação. Diário Oficial, Brasília, 2008c. Disponível em: http://www.saude.am.gov.br/docs/pacto/Portaria_325_210208.pdf. Acesso em: 23 set 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Hanseníase no Brasil: dados e indicadores selecionados**. 1º ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 66 p. (Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 3125 de 7 de outubro de 2010**. Aprova as diretrizes para vigilância, atenção e controle da hanseníase. Brasília. 2010a. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/formularios_portaria_n3125_hanseniase.pdf. Acesso em: 21 fev. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PrimaryCareAssessment Tool PCAtool**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. 80 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.556 de 28 outubro de 2011**. Estabelece mecanismo de repasse financeiro do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde estaduais, do distrito federal e municipal, por meio do piso variável de vigilância e promoção da saúde, para implantação, implementação e fortalecimento da Vigilância Epidemiológica da Hanseníase, Tracoma, Esquistossomose e Geohelmintíases. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 out. 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial, Brasília, n.204, p.55, 24 out. 2011b. Seção 1.

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 Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Doenças Transmissíveis. **Plano integrado de ações estratégicas de eliminação da hanseníase, filariose, esquistossomose e oncocercose como problema de**

saúde pública, tracoma como causa de cegueira e controle das geohelmintíases: plano de ação 2011-2015. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 104p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 12 dez. 2012c.

BRITTON, W. J; LOCKWOOD, D. N. Leprosy. **Lancet**, v. 363, n. 9416, p. 1209-19, 2004.

BROUSSELLE, A; CHAMPAGNE, F; CONTANDRIOPOULOS, A. P; HARTZ, Z. **Avaliação conceitos e métodos.** 1º ed. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 2011. 292f.

CAMPOS, E. M. S; FARIA, R. C. Demanda espontânea na estratégia de saúde da família: uma análise dos fatores que a influenciam e os desafios na reorientação do modelo assistencial do SUS. **Rev. APS.** V. 15, n. 2, p. 148- 157, abr.-jun., 2012.

CAMPOS, S. S. L. *et al.* Epidemiologia da hanseníase no Município de Sobral, Estado do Ceará-Brasil, no Período de 1997 a 2003. **Hansen. Int.** v. 30, n. 2, p.167-173, 2005.

CASTRO, R. C. L. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. **Cad. Saúde Pública.** v. 28, n.9, p. 1772-1784, set., 2012.

CAVALIERE, I. A. L; COSTA, S. G. Isolamento social, sociabilidades e redes sociais de cuidados. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, n.2, p. 491-516, 2011.

CUNHA, V. S. Isolados ‘como nós’ ou isolados ‘entre nós’: a polêmica na Academia Nacional de Medicina sobre o isolamento compulsório dos doentes de lepra. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v.17, n.4, p.939-954, out.-dez. 2010.

DATASUS. Indicadores e dados básicos, Brasil - 2012. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/matriz.htm>. Acesso em: 12 out. 2014.

DONALDSON M. S; YORDY K. D; LOHR, K. N; VANCELOW, N. A. **Primary Care: America’s Health in a New Era.** Washington: National Academy Press/ Institute of Medicine, 1996. 416f.

DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care.**Milbank.Q.** v. 44, n. 2, p. 166-206, 1966.

EIDT, L. M. Breve história da hanseníase: sua expansão do mundo para as Américas, o Brasil e o Rio Grande do Sul e sua trajetória na saúde pública brasileira. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 2, p. 76-88, mai.-ago. 2004.

EL-DAWELA R. E; MOHAMED A. S; YOUSEF F. Analysis of newly detected leprosy in Sohag Governorate, Upper Egypt, 2004-2008.**Lepr Rev.**, v. 83, n.1, p. 71-79, mar. 2012.

FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma Política Institucional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. **Ciência & Saúde Coletiva.** v. 11, n. 3, p. 553-563, 2006.

FERREIRA, A. C. *et al.* Conhecimento e condutas práticas dos profissionais de saúde da atenção primária a respeito da hanseníase no Estado do Tocantins, Brasil. **Cad. Saúde Colet.** v. 17, n. 1, p. 39 - 50, 2009.

FIELD, A. **Descobrimo a estatística usando o SPSS**. 2º ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 688f.

FUZIKAWA, P. L. **Avaliação da descentralização das ações de controle da hanseníase em Betim: prevenindo incapacidades?**. 2007. 114f. Dissertação [mestrado em saúde pública] – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

GIOVANELLA, L. *et al.* Saúde da Família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 14, n. 3, p. 783-794, jun. 2009.

GOMIDE, M. *et al.* Rede social e rede básica de saúde: o papel formador da pesquisa operacional em hanseníase. **Cad. Saúde Coletiva**. v. 17, n. 1, p. 103-114, 2009.

GOULART, I. M. B. *et al.* Efeitos adversos da poliquimioterapia em pacientes com hanseníase: um levantamento de cinco anos em um Centro de Saúde da Universidade Federal de Uberlândia. **Rev.Soc.Bras.Med. Trop.**, v. 35, n. 5, p. 453-60, 2002.

HORTALE, V. A. *et al.* Operacionalizando as categorias acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 16, n. 1, p.231-239, 2000.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico de 2010. Disponível em: http://www.censo2010.ibge.gov.br/resultados_do_censo2010.php. Acesso em: 18 set. 2014.

IMBIRIBA, E. B. *et al.* Perfil epidemiológico da hanseníase em menores de quinze anos de idade, Manaus (AM), 1998-2005. **Rev. Saúde Pública**, v.42, n.6, p. 1021-1026, 2008.

LANA, F. C. F.; CARVALHO, A. P. M.; DAVI, R. F. L. Perfil epidemiológico da hanseníase na microrregião de Araçuaí e sua relação com ações de controle. **Esc. Anna Nery**. v. 15, n. 1, p. 62-67, jan.-mar. 2011.

LANA, F. C. F.; LANZA, F. M. Acesso às ações de controle da hanseníase na atenção primária à saúde em uma microrregião endêmica de Minas Gerais. **Revista de APS**. v. 14, n. 3, p. 343-353, abr. 2012.

LANZA, F. M.; LANA, F. C. F. Descentralização das ações de controle da hanseníase na microrregião de Almenara, Minas Gerais. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. v. 19, n.1, p. 187-194, jan.-feb. 2011.

LANZA, F. M. *et al.* Perfil epidemiológico da hanseníase no município de Divinópolis, Minas Gerais. **Revista de enfermagem UFSM**. v. 2, n. 2, p. 365-374, mai.-ago. 2012.

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

LANZA, F. M.;VIEIRA, N. F.; OLIVEIRA, M. M. C.; LANA, F. C. F. Evaluation of leprosy control actions developed in primary care: a proposed tool for managers. **Rev. Min. Enferm.** v. 18, n. 3, p. 606-613, jul.-set., 2014a.

LANZA, F. M.;VIEIRA, N. F.; OLIVEIRA, M. M. C.; LANA, F. C. F. Instrumento para avaliação das ações de controle da hanseníase na atenção primária. **Rev. Bras. Enferm.** v. 67, n. 3, p. 339- 46, mai. – jun. , 2014b.

LANZA, F. M.;VIEIRA, N. F.; OLIVEIRA, M. M. C.; LANA, F. C. F. Avaliação da atenção primária no controle da hanseníase: proposta de uma ferramenta destinada aos usuários. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 2014c; v. 48, n. 6. No prelo.

LEÃO, C. D. A.; CALDEIRA, A. P.; OLIVEIRA, M. M. C. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 11, n. 3, p. 323-334, jul.- set., 2011.

LOUREIRO, R. B. Acesso ao diagnóstico da tuberculose em serviços de saúde do município de Vitória, ES, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva.** v.19, n. 4, p.1233-1244, 2014.

MARTELLI, C. M. T. Endemias e epidemias brasileiras, desafios e perspectivas de investigação científica: hanseníase. **Rev. Bras. Epidemiol.** v. 5, n.3, p. 273-85, 2002.

MATIDA, A. H.; CAMACHO, L. A. B. Pesquisa avaliativa e epidemiologia: movimento e síntese no processo de avaliação de programas de saúde. **Cad. Saúde Pública.** v. 20, n. 1, p. 37-47, 2004.

MELÃO, S. *et al.* Perfil epidemiológico dos pacientes com hanseníase no extremo sul de Santa Catarina, no período de 2001 a 2007. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical.** v. 44, n. 1, p.79-84, jan.-fev., 2011.

MENDES, M. S. *et al.* Descentralização das ações de controle da hanseníase em João Pessoa (Paraíba): a visão dos gestores. **Cad. saúde coletiva.** v. 16, n. 2, p. 217- 230, abr.-jun., 2008.

MESQUITA FILHO, M; LUZ, B. S. R; ARAÚJO, C. S. A atenção primária à saúde e seus atributos: a situação das crianças em menores de dois anos segundo suas cuidadoras. **Ciência e Saúde Coletiva.** v. 17, n.7, p. 2033-2046, 2014.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **Atenção à saúde do adulto: hanseníase.** Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 62p. (Coleção Saúde em Casa).

MIRANZI, S. S. C. ;PEREIRA, L. H. M.; NUNES, A. A. Perfil epidemiológico da hanseníase em um município brasileiro, no período de 2000 a 2006. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical.** v.43, n. 1, p.62-67, jan.-fev., 2010.

MOHITE, R. V; MOHITE V. R. Knowledge and work performance of multi-purpose workers under national leprosy eradication programme in Satara district, Maharashtra. **Indian. J. Lepr.** v. 84, n. 2, p. 137-44, apr. –jun. 2012.

MORENO, C. M. C. *et al.* Avaliação das capacitações de Hanseníase: opinião de médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família. **Rev. Bras. Enferm.** v. 61, p. 671-5, 2008. Número especial.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.** V.66, p. 158-64, 2013. Número especial.

OPROMOLLA, P. A.; LAURENTI, R. Controle da hanseníase no Estado de São Paulo: análise histórica. **Rev. Saúde Pública.** v. 45, n. 1, p. 195-203, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório da Conferência Internacional sobre cuidados de saúde Alma Ata (URSS). Alma ata, 6-12 de setembro de 1978. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>. Acesso em: 15 set 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA 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. 27p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Estratégia Global aprimorada para a redução adicional da carga da hanseníase: período do plano 2011-2015: diretrizes operacionais (atualizadas)**. Brasília: OMS. 2010. 84p.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Descentralização e gestão do controle das enfermidades transmissíveis na América latina**. Buenos Aires: OPAS, 2006. 320p.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **A atenção a saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS - Contribuições para o debate**. Brasília: OPAS, 2011a. 113p.

ORGANIZAÇÃO PAN- AMERICANA DE SAÚDE. **Plan de Acción para Acelerar el Logro de la Eliminación de la Lepra en América Latina y el Caribe**. 2011b. 64p. Disponível em: <http://www.paho.org>. Acesso em: 22 dez. 2014.

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**. v. 41, p. 6-10, 2008. Supplement2.

PENNA, M. L. F; GROSSI, M. A. F; PENNA, G. O. Country Profile: Leprosy in Brazil. **Lepr Rev**. v. 84, p. 308– 315, 2013.

PEREIRA, M. J. B. *et al.* Avaliação das características organizacionais e de desempenho de uma unidade de Atenção Básica à Saúde. **Rev Gaúcha Enferm**. v. 32, n. 1, p. 48-55, mar. 2011.

PINHEIRO M. M. O. **A hanseníase em registro ativo no município de Passos, MG – Brasil**. 2007. 62f. Dissertação [mestrado em promoção da saúde] – Universidade de Franca, São Paulo, 2007.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BETIM. Betim, 2010-2013. Disponível em: <http://www.betim.mg.gov.br/>. Acesso em: 28 de ago. 2014.

RAMOS JR., A. N. *et al.* Health Systems Research training as a tool for more effective Hansen´s disease control programmes in Brazil. **Leprosy Review**. v. 77, p. 175 - 188, 2006.

RAPOSO, M. T. ; BATTISTELLA, M. I. N. Assessment of integration of the leprosy program into primary health care in Aracaju, state of Sergipe, Brazil. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop**. v.45, n.2, p. 203-208, mar.- apr. 2012.

RIBEIRO, V. S. *et al.* Características clínicas e epidemiológicas da hanseníase no estado do Maranhão, 2001 a 2009. **RevPesq Saúde**. v. 14, n. 2, p. 81-86, mai.-agost., 2013.

REIS, R. S. *et al.* Acesso e utilização dos serviços na Estratégia de Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. **Ciência e Saúde Coletiva**. v.18, n. 11, p. 3321- 3331, 2013.

ROCHA, A. J. **O Impacto Social Das Doenças Negligenciadas No Brasil e No Mundo**. 2012. 46f. Monografia [Graduação em medicina] - Faculdade de Medicina Universidade Federal da Bahia, Bahia, 2012.

SALA, A. *et al.* Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. **Saúde Soc.** v.20, n.4, p.948-960, 2011.

SAMPAIO, S. A. P.; RIVITTI, E. A. **Dermatologia – Hanseníase**. 3º ed. São Paulo: Artes Médicas, 2007. p. 467-487.

SANTOS, V. S. M. **Entidades filantrópicas & políticas públicas no combate à lepra: Ministério Gustavo Capanema (1934-1945)**. 2006. 163f. Dissertação [mestrado em história] - Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz/ FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2006.

SANTOS, F. S. D.; SOUZA, L. P. A.; SIANI, A. C. O óleo de chaulmoogra como conhecimento científico. **História, Ciências e Saúde.** v.15, n.1, p.29-47, jan.-mar., 2008.

SAVASSI, L. C. M. **Hanseníase: políticas públicas e qualidade de vida de pacientes e seus cuidadores**. 2010. 179f. Dissertação (Mestrado Ciências da Saúde) – Programa de Pós - Graduação em Ciências da saúde do Centro de Pesquisas René Rachou. Fundação Oswaldo Cruz, Belo Horizonte, 2010.

SIDDIQUI, M. R. *et al.* Integration of leprosy elimination into primary health care in Orissa. **India. PLoSOne.** v. 4, n. 12, p. 1-8, dec., 2009.

SILVA, M. C. D. ; PAZ, E. P. A. Educação em saúde no programa de controle da hanseníase: a vivência da equipe multiprofissional. **Esc Anna Nery.** v. 14, n.2, p. 223-229, abr.-jun., 2010.

SILVA, N. C.; GIOVANELLA, L.; MAINBOURG, E. M. T. A família nas práticas das equipes de Saúde da família. **Rev. Bras. Enferm.** v. 67, n. 2, p. 274- 81, mar.-abr., 2014.

STARFIELD, B. Primary care: is it essential? **Lancet.** p. 1129-33, 1994.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO. Ministério da Saúde, 2002. 726f.

TEMOTEO, R. C. A. *et al.* Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva.** v. 18, n. 11, p.3321-3331, 2013.

TRAVASSOS, C; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública,** v. 20, p. S190-98, 2004. Supplement2.

VAN STRALEN, C. J. *et al.* Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. **Cad Saúde Pública.** v. 24, p. 148-58, 2008. Supplement1.

VELLOSO, A. P.; ANDRADE, V. **Hanseníase: curar para eliminar**. Porto Alegre: Edição das autoras, 2002.

VIEIRA, C. S. C. A. *et al.* Avaliação e controle de contatos falsos de doentes com hanseníase. **Rev. Bras. Enferm.** v. 61, p. 682-688, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Chemotherapy of leprosy for control programmes: Report of a WHO Study Group.** Geneva; 1982. (WHO/Technical Report Series, 675). Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_675.pdf. Acesso em: 12 dez. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. Guide to eliminate leprosy as a public health problem. 1º ed. Geneva; 2000. Disponível em: http://www.who.int/lep/resources/Guide_Int_E.pdf. Acesso em: 01 dez. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Multidrug therapy against leprosy – Development and implementation over the past 25 years.** Geneva; 2004. Disponível em: http://www.who.int/lep/resources/MDT_Full.pdf. Acesso em: 12 dez. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION- WHO. Working to overcome the global impact of neglected tropical diseases. Geneva; 2011. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241564090_eng.pdf?ua=1. Acesso em: 18 dez. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. Global leprosy: update on the 2013 situation. **Weekly Epidemiological Record, Geneva**, v. 89, n. 36, p. 389-400, sept. 2014.

Anexos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

F. INTEGRALIDADE		
INTEGRALIDADE DE SERVIÇOS DISPONÍVEIS		
Os seguintes serviços estão disponíveis na unidade de saúde da APS?		
F.1		Vacinas
F.2		Atendimento para crianças
F.3		Atendimento para adolescentes
F.4		Atendimento para adultos
F.5		Atendimento para idosos
F.6		Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais
F.7		Pré-natal
F.8		Exame preventivo para o câncer de colo de útero
F.9		Atendimento de doenças sexualmente transmissíveis, inclusive aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV
F.10		Atendimento de doenças endêmicas (esquistossomose, dengue, tuberculose)
F.11		Atendimento de doenças crônicas (hipertensão arterial, diabetes, asma)
F.12		Atendimento para problemas de saúde mental
F.13		Curativos
F.14		Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de tabaco
F.15		Aconselhamento sobre alimentação saudável
F.16		Avaliação da saúde bucal e tratamento dentário
F.17		Atendimento domiciliar
INTEGRALIDADE DOS SERVIÇOS PRESTADOS		
<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	<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: Palpação de nervos periféricos Avaliação da força motora Realização do teste de sensibilidade dos olhos, mãos e pés Determinação do grau de acuidade visual		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Sim	Orientação para colocar o membro afetado em repouso Iniciar corticoterapia Encaminhar para o serviço de referência Acompanhamento periódico da glicemia de jejum Acompanhamento periódico do peso corporal Acompanhamento periódico da pressão arterial Vigilância para os problemas oculares que podem ocorrer com o uso prolongado da prednisona	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Sim
G. COORDENAÇÃO				
Quando o entrevistado não atendeu caso de hanseníase, irá responder somente as questões G.9, G.14 e G.15. Nas outras questões, NSA (não se aplica)				
No prontuário do paciente consta:				
G.1		Cópia da ficha de notificação/investigação de hanseníase do SINAN?		
G.2		Formulário para avaliação do grau de incapacidade?		
G.3		Formulário para avaliação neurológica simplificada?		
G.4		Formulário de vigilância de contatos intradomiciliares de hanseníase?		
G.5		Os profissionais da unidade de saúde preenchem o boletim de acompanhamento do caso mensalmente para a vigilância epidemiológica?		
G.6		Você segue um protocolo para realizar os atendimentos de hanseníase?		
G.7		As unidades de saúde da APS contam com a colaboração de uma equipe de supervisão municipal de hanseníase na realização das ações de controle da doença?		
G.8		Quando o usuário tem algum problema de saúde relacionado à hanseníase (ex: neurite, reações medicamentosas, reações hansênicas), ele consegue atendimento com especialista?		
Sobre o encaminhamento do paciente de hanseníase para o especialista, responda:				
G.9		No agendamento da consulta com o especialista, o paciente de hanseníase recebe comprovante de marcação da consulta?		
G.10		O encaminhamento do paciente de hanseníase ao especialista é acompanhado por formulário contendo as informações necessárias ao atendimento?		
G.11		A contrarreferência do paciente de hanseníase é acompanhada por formulário contendo informações a respeito do atendimento prestado e das condutas para o seguimento do paciente no serviço de origem?		
G.12		Você conversa com o paciente de hanseníase sobre os resultados da consulta realizada com o especialista?		
Quais são os serviços especializados que estão disponíveis no município? Responda as questões G.21 a G.29: S – sim; N – não				
G.13		Confecção de calçados e palmilhas		
G.14		Psicologia		
G.15		Fisioterapia		
G.16		Terapia ocupacional		
G.17		Serviço social		
G.18		Oftalmologia		
G.19		Neurologia		

G.20		Ortopedia
G.21		Ambulatório de referência para a hanseníase
H. ORIENTAÇÃO FAMILIAR		
Somente responda a questões H.1 a H.9, se o entrevistado tiver atendido caso de hanseníase. Caso contrário, NSA (não se aplica).		
H.1		Você conhece as pessoas que moram com o paciente de hanseníase?
H.2		Você pede informações sobre doenças de outras pessoas da família do paciente de hanseníase?
H.3		Você pergunta ao paciente de hanseníase se as pessoas da sua família possuem manchas ou áreas da pele com perda ou ausência de sensibilidade?
H.4		Você orienta o paciente de hanseníase e seus familiares sobre a realização do exame dos contatos intradomiciliares?
H.5		Você conversa com as pessoas da família do paciente sobre a hanseníase?
H.6		Você, quando necessário, solicita o envolvimento de uma pessoa da família para acompanhar no dia-a-dia o tratamento do paciente de hanseníase?
H.7		Você conversa com as pessoas que moram com o paciente sobre as técnicas de autocuidado para prevenção de incapacidades?
H.8		Você conversa com as pessoas que moram com o paciente sobre os sinais e sintomas das reações hansênicas?
Somente responda a questão H.9, se o entrevistado tiver acompanhado caso de hanseníase com alta por cura. Caso contrário, NSA (não se aplica).		
H.9		Você conversa com as pessoas que moram com o paciente sobre os cuidados após a alta por cura?
I. ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA		
I.1		Você conhece a situação epidemiológica da hanseníase na área de abrangência dessa unidade de saúde?
I.2		Você realiza a análise dos dados epidemiológicos da hanseníase para programar as atividades de controle da doença a serem desenvolvidas na unidade de saúde?
I.3		A unidade de saúde realiza trabalhos educativos (sala de espera, distribuição de panfletos e palestras) para informar a comunidade sobre a hanseníase?
I.4		A unidade de saúde realiza divulgação da hanseníase nas escolas e igrejas?
I.5		A unidade de saúde realiza atividades na comunidade para identificar pessoas que possuem manchas ou áreas de pele com perda ou ausência de sensibilidade?
J. ORIENTAÇÃO PROFISSIONAL		
J.1		Durante a sua graduação, você teve disciplinas ou estágios que permitiram vivenciar a temática da hanseníase?
J.2		Você se considera qualificado (a) para atender hanseníase?
J.3		Há treinamentos frequentes sobre a hanseníase para os profissionais da APS?

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

QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DOS SERVIÇOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA ATENÇÃO À HANSENÍASE –GESTORES

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?

Anexo D – Instrumento de avaliação do desempenho da atenção primária nas ações de controle da hanseníase – versão usuários

**QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DOS SERVIÇOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA ATENÇÃO À HANSENÍASE
USUÁRIO DO SERVIÇO DE HANSENÍASE**

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	Grau de Afiliação = 3

B1=B2 ou B1=B3 ou B2=B3	
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
Dois 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)?

Anexo E – Escala de Likert

CARTÃO DE RESPOSTAS

4	3	2	1	9
COM CERTEZA, SIM	PROVAVELMENTE, SIM	PROVAVELMENTE, NÃO	COM CERTEZA NÃO	NÃO SEI, NÃO LEMBRO

Anexo F – Escala usuários

CARTÃO DE RESPOSTAS

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

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

Prezado senhor(a),

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

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

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

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

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

Você receberá uma cópia deste Termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal e do COEP/UFMG podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação a qualquer momento.

Você assinará este Termo declarando que entendeu os objetivos, riscos e benefícios de sua participação na pesquisa, concordando em participar.

Nome do Participante: _____

Assinatura: _____

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

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

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

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

Anexo H – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Versão Usuários

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. Os riscos para sua participação na pesquisa serão mínimos relacionados apenas ao acesso dos pesquisadores ao seu nome, endereço e informações sobre seu tratamento. Asseguramos o anonimato e sigilo das informações aqui concedidas.

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

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

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

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

Anexo I – Autorização do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais



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

Projeto: CAAE – 24578213.2.0000.5149

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

DECISÃO

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

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

Prof. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG

Anexo J – Autorização da Prefeitura Municipal de Betim



Betim, 31 de julho de 2013.

TERMO DE CONCORDÂNCIA

Em resposta à solicitação de aprovação para realização de pesquisa por Nayara Figueiredo Viera, orientada pelo Prof.(^o) Dr Francisco C. Félix Lana, responsável pelo projeto: Avaliação de desempenho dos serviços da atenção primária à saúde na atenção à hanseníase, com o objetivo de avaliar o desempenho dos serviços da atenção primária à saúde na atenção à hanseníase em municípios da Região Metropolitana de Belo Horizonte, consideramos que:


- 1- O projeto pesquisa apresentado é coerente e apresenta método adequado;
- 2- O fomento à pesquisa e ao desenvolvimento técnico e científico, bem como a integração ensino serviço, faz parte das diretrizes da Educação na Saúde do SUS/Betim;
- 3- O projeto de pesquisa só poderá ser executado após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

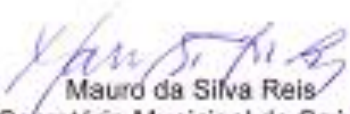
Autorizamos que este trabalho seja executado no âmbito do SUS Betim, conforme projeto enviado à SMS de Betim.

Ponderamos que a participação dos solicitantes pode ser contemplada desde que, enquanto autores, estes deverão deixar explícito em toda e qualquer publicação feita a partir desta pesquisa a participação do SUS/Betim.

À disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,


Ricardo Alexandre de Souza
Diretoria de Educação na Saúde
SMS/SUS Betim


Mauro da Silva Reis
Secretário Municipal de Saúde
Gestor do SUS/Betim