

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS E SAÚDE**

**NAYLA ANDRADE BARBOZA**

**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CONTROLE DA  
HANSENÍASE: PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM  
UMA CAPITAL BRASILEIRA**

**TERESINA  
2017**

**NAYLA ANDRADE BARBOZA**

**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CONTROLE DA  
HANSENÍASE: PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM  
UMA CAPITAL BRASILEIRA**

Dissertação apresentada à coordenação do curso de Mestrado em Ciências e Saúde da Universidade Federal do Piauí como requisito parcial para obtenção do título de mestre em ciências e saúde.

**Orientador: Prof: Dr. Viriato Campelo.**

**Área de concentração:** política, planejamento e gestão em saúde.

**Linha de pesquisa:** análise de situações de saúde.

**TERESINA  
2017**

**Universidade Federal do Piauí**  
**Serviço de Processamento Técnico**  
**Biblioteca Setorial do Centro de Ciências da Saúde**

B238a Barboza, Nayla Andrade.  
Avaliação da atenção primária à saúde no controle da hanseníase :  
percepção dos usuários e profissionais de saúde em uma capital brasileira  
/ Nayla Andrade Barboza. -- 2017.  
129 f. : il.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Piauí, Pós-  
Graduação em Ciências e Saúde, 2017.  
“Orientador : Prof. Dr. Viriato Campelo.”  
Bibliografia

1. Hanseníase. 2. Atenção primária à saúde. 3. Avaliação de serviços  
de saúde. I. Título. II. Teresina – Universidade Federal do Piauí.

CDD 616.998



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**COORDENAÇÃO DO MESTRADO EM CIÊNCIAS E SAÚDE**  
 Av. Frei Serafim, 2280, Centro, Teresina, Piauí, Brasil, CEP: 64001-020  
 Telefone: (86) 3215-5856 E-mail: [mestradosaude@ufpi.edu.br](mailto:mestradosaude@ufpi.edu.br)

### ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DO MESTRADO EM CIÊNCIAS E SAÚDE

Às 09:00 horas do dia 31 de agosto de 2017 teve início a Defesa da Dissertação Intitulada "**Avaliação da atenção primária à saúde no controle da hanseníase: percepção dos usuários e profissionais de saúde em uma capital brasileira**", área de concentração: Política, Planejamento e Gestão em Saúde; linha de pesquisa: Análise de situações de saúde, da mestranda: **Nayla Andrade Barboza**, regularmente matriculada no Programa de Mestrado em Ciências e Saúde, da Universidade Federal do Piauí, sob o número 20151000821. A banca examinadora foi composta pelos seguintes membros: Prof. Dr. **Viriato Campelo** (Orientador- Presidente), UFPI; Prof.<sup>a</sup> Dra. **Dorlene Maria Cardoso de Aquino** (1<sup>a</sup> Examinadora), UFMA; Prof.<sup>a</sup> Dra. **Telma Maria Evangelista de Araújo** (2<sup>a</sup> Examinadora), UFPI; Prof. Dr. **Carlos Henrique Nery Costa** (Examinador Suplente), UFPI. A defesa da dissertação foi apresentada em sessão pública, na sala do conselho departamental do Centro de Ciências da Saúde – UFPI, localizado na Av. Frei Serafim, 2280, Teresina, PI. Após a arguição, a banca examinadora conferiu à mestranda a menção: APROVADA (Aprovado ou Reprovado). A banca examinadora elaborou o seguinte parecer:

A banca considerou boa a apresentação e o conteúdo da dissertação, bem como também a defesa realizada, pois além de apresentar os objetivos, a mestranda conseguiu alcançar os mesmos.

Na forma regulamentar, esta ata foi lavrada pela Comissão Examinadora, assinada pelos membros titulares e pelo mestrando.

Viriato Campelo  
 Presidente

Dorlene Maria Cardoso de Aquino  
 1<sup>a</sup> Examinador (a)

Telma Maria Evangelista de Araújo  
 2<sup>a</sup> Examinador (a)

Nayla Andrade Barboza  
 Mestranda (a)

## **DEDICATÓRIA**

A meus pais Francisco Barboza Sobrinho e Maria de Fátima Andrade Sousa Barboza, que tanto fizeram por minha educação e crescimento pessoal. Com eles aprendi que o amor e os estudos formam pessoas de bem.

Aos mestres por todo o conhecimento compartilhado que muito contribuíram para meu engrandecimento profissional.

A meu esposo Anselmo Alves Lustosa, por todo o esforço dispensado para que esse projeto fosse possível. Com ele sinto o amor companheiro e verdadeiro mesmo diante das adversidades.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por sempre estar presente em minha vida, por todas as bênçãos recebidas e por todos os obstáculos colocados no caminho, pois eles serviram de motivação para novas conquistas.

Ao meu orientador, Prof. Dr. **Viriato Campelo**, por acreditar, incentivar e mostrar os caminhos para o desenvolvimento da pesquisa científica, e às professoras **Telma Maria Evangelista de Araújo** e **Dorlene Maria Cardoso de Aquino** pela criteriosa revisão deste trabalho de forma a garantir sua excelência.

A todos os **professores e coordenadores do mestrado** em ciências e saúde pelos ensinamentos dispensados.

Aos **colegas de mestrado**, pela convivência agradável e pelos momentos produtivos.

À **Fundação Municipal de Saúde** pela disponibilização dos dados e autorização institucional à realização desta pesquisa.

Aos **profissionais das unidades de saúde** pela colaboração com a pesquisa.

Aos **usuários** acometidos pela hanseníase que, gentilmente se dispuseram a participar do estudo.

A meu esposo **Anselmo Alves Lustosa**, fonte de orgulho e inspiração, que tanto me auxiliou nos momentos difíceis da realização desse projeto.

A todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para a concretização deste estudo,

Os meus agradecimentos especiais!

"A maré da vida trouxe este monstro invisível que me persegue, noite e dia, reduzindo-me a farrapo humano. Quando o quis afastar esmagou-me as mãos, quando quis correr, ceifou-me as pernas... Cercou-me os caminhos, mas sempre encontrei uma brecha por onde passar com o que me resta e, ainda que eu seja nesse mar de sofrimento apenas uma concha no fundo, farei desta dor uma pérola para o mundo.

Não quero gritar, não amaldiçoarei quem me humilhou ou teve pena de mim. Meus amigos são a minha força. E a luz de Deus cobre-me de graça e me enriquece de amor e fé. Por isso me sinto completo, mesmo faltando-me tudo...".

*Lino Villachá*

*(Poeta sequelado por hanseníase)*

## RESUMO

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa, crônica e granulomatosa, de evolução lenta, que se manifesta através de sinais e sintomas dermato-neurológicos. O Brasil apresenta uma distribuição territorial heterogênea da doença, com predominância nas regiões norte, nordeste e centro-oeste. O Piauí ocupou em 2015 a 7ª colocação do país e a 2ª do nordeste, com coeficiente de prevalência de 2,09 casos/10mil habitantes, sendo que, na cidade de Teresina, essa taxa foi de 2,67 casos/10 mil habitantes. O contexto atual das políticas de controle e eliminação da hanseníase se caracteriza pela forte tendência a descentralização das ações, com grande importância para o papel da atenção primária. Portanto, o presente estudo teve como objetivo avaliar o desempenho da atenção primária à saúde no controle da hanseníase na cidade de Teresina na perspectiva dos usuários e profissionais dos serviços. Trata-se de um estudo transversal, com abordagem analítica. A população do estudo foi constituída por 59 participantes, sendo 25 usuários com diagnóstico de hanseníase e 34 profissionais (médicos e enfermeiros) responsáveis pelo tratamento nas unidades básicas de saúde da zona urbana de Teresina. A coleta de dados ocorreu no período de janeiro a junho de 2017 mediante a aplicação do “Instrumento de Avaliação do Desempenho da Atenção Primária nas Ações de Controle da Hanseníase” baseado no *Primary Care Assessment Tool - PCATool Brasil*, que mede a presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados da atenção primária. Neste instrumento, os escores médios acima de 6,6 correspondem à alta orientação dos serviços para a realização das ações de controle da hanseníase. Na análise estatística foram aplicados os testes U de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis e Exato de Fisher, buscando-se a existência de associação entre as variáveis do estudo e a percepção da qualidade da atenção primária à saúde em hanseníase. Estimou-se significância de 5% e nível de confiança de 95%. Os dados foram analisados no programa *Statistical Package for the Social Sciences - SPSS for Windows® versão 20.0* e no *Software R versão 3.4.0*. Os resultados revelaram que o perfil socioeconômico e epidemiológico dos usuários foi caracterizado por indivíduos acima de 50 anos, do sexo masculino, casados ou em união estável, com baixa renda e escolaridade, predomínio das formas clínicas multibacilares e elevado percentual de incapacidade física no diagnóstico. Quanto ao perfil dos profissionais e suas condutas clínicas, ressalta-se que, embora apresentassem alta escolaridade e experiência na atenção primária e nas ações de controle da hanseníase, demonstraram nem sempre por em prática as atitudes necessárias ao diagnóstico e tratamento da doença. Quanto à percepção dos usuários sobre a qualidade da atenção, verificou-se que a média dos escores essencial, derivado e geral foi menor que 6,6, indicando que os serviços em atenção primária da zona urbana de Teresina-PI não são suficientemente orientados para a realização das ações de controle da hanseníase, com atenção especial para os atributos: acesso, integralidade dos serviços prestados, orientação familiar e orientação comunitária. A percepção dos profissionais, no entanto, foi diferente, com todos os atributos e escores desse grupo apresentando-se superiores a 6,6. Porém, a avaliação da qualidade da atenção no geral não foi influenciada por variáveis clínicas ou socioeconômicas dos usuários, e sim pela organização/prestação dos serviços. Os achados indicam que os serviços precisam estar mais fortemente orientados pelos atributos da atenção primária à saúde para atingirem altos níveis de satisfação dos usuários.

**PALAVRAS-CHAVE:** Hanseníase. Atenção Primária à Saúde. Avaliação de Serviços de Saúde.



## ABSTRACT

Leprosy is an infectious, chronic, granulomatous and slow evolution disease, manifested through dermatological and neurological signs and symptoms. Brazil has a heterogeneous territorial distribution of the disease, with predominance in the north, northeast and central-west regions. Piauí occupied in 2015 the 6th in the country and the 2nd from the northeast with a prevalence coefficient of 2,09 cases/10 thousand inhabitants, and in the city of Teresina, this rate was 2.67 cases/10 thousand inhabitants. The current context of leprosy control and elimination policies is characterized by a strong tendency towards decentralization of actions, with great importance for the role of primary care. Therefore, the present study aimed to evaluate the performance of primary health care in the control of leprosy in Teresina from the perspective of users and professional of the services. It is a cross-sectional study, with analytical approach. The population consisted of 59 participants, 25 users diagnosed with leprosy and 34 professionals (doctors and nurses) of basic health unites of urban area of Teresina responsible for the treatment. The data collection occurred in the period of January to June 2017 through the application of the “Instrument for assessing the performance of primary care in leprosy control actions” based on *Primary Care Assessment Tool - PCATool Brazil*, that measures the presence and the extension of essential and derived attributes from primary care. In this instrument, the mean scores above 6,6 correspond to the high orientation of the services for leprosy control actions. In the statistical analysis, tests like Mann-Whitney, Kruskal-Wallis and Fisher were applied seeking the existence of an association between the variables of the study and the perception of the quality of primary health care in leprosy. Significance was estimated at 5% and 95% confidence level. Data were analyzed in the program *Statistical Package for the Social Sciences - SPSS for Windows® version 20.0* and *Software R version 3.4.0*. The results showed that the socioeconomic and epidemiological profile of the users was characterized by individuals over 50 years old, male, married in stable union, with low income and schooling, predominance of multibacillary clinical forms and high percentage of physical disability in the diagnosis. Regarding the profile of the professionals and their clinical behaviors, it’s emphasized that although they had shown high schooling and experience in primary care and leprosy control actions, they have not always demonstrated the necessary attitudes for the diagnosis and treatment of the disease. Regarding the perception of the users on the quality of the attention, it was verified that the average of the essential, derived and general scores were lower than 6,6, indicating that primary care services of urban area of Teresina-PI aren’t sufficiently oriented to the realization of leprosy control actions, with special attention to the attributes: access, integrality of services provided, familiar orientation and communitarian orientation. However, the perception of the professionals was different, and all the attributes and scores of this group had media higher than 6,6. The evaluation of quality attention in general wasn’t influenced by clinical and socioeconomic variables of users, but by organization/provision of services. Results indicate that health services need to be more strongly orientated by the attributes of primary health care to reach high levels of satisfaction from users.

**KEY WORDS:** Leprosy. Primary Health Care. Health Services Assessment.

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 01:</b>	Coeficiente de prevalência dos casos de hanseníase para cada 10 mil habitantes por unidade federativa do Brasil no ano de 2014.....	23
<b>Gráfico 02:</b>	Média dos escores essencial, derivado e geral na percepção dos usuários de todas as UBS pesquisadas na zona urbana de Teresina-PI, 2017.....	70
<b>Gráfico 03:</b>	Média dos escores essencial, derivado e geral na percepção dos profissionais de todas as UBS pesquisadas na zona urbana de Teresina-PI, 2017.....	71

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 01-</b>	Distribuição de frequência das características socioeconômicas dos pacientes em tratamento de hanseníase nas UBS da zona urbana de Teresina-PI, 2017.....	42
<b>Tabela 02-</b>	Distribuição de frequência das características clínicas dos pacientes em tratamento de hanseníase nas UBS da zona urbana de Teresina-PI, 2017.....	45
<b>Tabela 03-</b>	Comparação entre variáveis clínicas e o sexo dos pacientes atendidos nas UBS da zona urbana de Teresina- PI, 2017.....	47
<b>Tabela 04-</b>	Distribuição de frequência do perfil dos profissionais que fazem acompanhamento das pessoas acometidas por hanseníase nas UBS da zona urbana de Teresina-PI, 2017.....	50
<b>Tabela 05-</b>	Distribuição de frequência das informações sobre a atenção à hanseníase no município obtida através de entrevista com profissionais de saúde que acompanham casos de hanseníase nas UBS da zona urbana de Teresina-PI, 2017.....	52
<b>Tabela 06-</b>	Distribuição de frequência dos serviços especializados disponíveis no município conforme o conhecimento dos profissionais de saúde que acompanham casos de hanseníase nas UBS da zona urbana de Teresina-PI, 2017.....	53
<b>Tabela 07-</b>	Distribuição de frequência das condutas clínicas de médicos e enfermeiros no atendimento de um caso suspeito de hanseníase nas UBS da zona urbana de Teresina-PI, 2017.....	56
<b>Tabela 08-</b>	Distribuição de frequência das condutas clínicas dos médicos para confirmação do diagnóstico de hanseníase nas UBS da zona urbana de Teresina-PI, 2017.....	57
<b>Tabela 09-</b>	Distribuição de frequência das condutas clínicas dos médicos entrevistados para o acompanhamento do caso de hanseníase nas UBS da zona urbana de Teresina-PI, 2017.....	60
<b>Tabela 10-</b>	Distribuição de frequência das condutas clínicas dos médicos entrevistados na alta do caso de hanseníase nas UBS da zona urbana de Teresina-PI, 2017.....	61

<b>Tabela 11-</b>	Distribuição de frequência das condutas clínicas dos médicos entrevistados em caso de reações hansênicas nas UBS da zona urbana de Teresina-PI, 2017.....	62
<b>Tabela 12-</b>	Estatística descritiva dos atributos da APS na percepção dos usuários atendidos em UBS da zona urbana da cidade de Teresina-PI, 2017.....	65
<b>Tabela 13-</b>	Estatística descritiva dos atributos da APS na percepção dos profissionais de saúde que acompanham casos de hanseníase nas UBS da zona urbana de Teresina-PI, 2017.....	68
<b>Tabela 14-</b>	Comparativo entre os escores médios do PCATool obtidos na avaliação dos atributos de APS em hanseníase, na perspectiva de profissionais e pacientes participante do estudo, 2017.....	72
<b>Tabela 15-</b>	Comparativo entre os escores médios obtidos na avaliação dos atributos de APS, segundo o sexo dos pacientes atendidos nas UBS da zona urbana de Teresina-PI, 2017.....	74
<b>Tabela 16-</b>	Comparativo entre os escores médios obtidos na avaliação dos atributos da APS, segundo o estado civil dos pacientes nas UBS da zona urbana de Teresina-PI, 2017.....	75
<b>Tabela 17-</b>	Comparativo entre os escores médios obtidos na avaliação dos atributos da APS, segundo a renda dos pacientes nas UBS da zona urbana de Teresina-PI, 2017.....	76
<b>Tabela 18-</b>	Comparativo entre os escores médios obtidos na avaliação dos atributos da APS, segundo a faixa etária dos pacientes nas UBS da zona urbana de Teresina-PI, 2017.....	78
<b>Tabela 19-</b>	Comparativo entre os escores médios obtidos na avaliação dos atributos da APS, segundo a presença de reações hansênicas nos pacientes nas UBS da zona urbana de Teresina-PI, 2017.....	79
<b>Tabela 20-</b>	Comparação dos escores essencial, derivado e geral, segundo as características clínicas da Hanseníase dos pacientes atendidos nas UBS da zona urbana de Teresina-PI, 2017.....	80

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

ACH - Ações de Controle da Hanseníase

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

APS - Atenção Primária à Saúde

CBO - Classificação Brasileira de Ocupações

CEP - Comitê de Ética e Pesquisa

CNS - Conselho Nacional de Saúde

DAB - Departamento de Atenção Básica

ESF - Estratégia Saúde da Família

FMS - Fundação Municipal de Saúde

MB - Multibacilar

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

PB - Paucibacilar

PCATool - Primary Care Assessment Tool

PMAQ - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PNCH - Programa Nacional de Controle da Hanseníase

PQT- Poliquimioterapia

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

SUS - Sistema Único de Saúde

SVS - Secretaria de Vigilância em Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFPI - Universidade Federal do Piauí

WHO - World Health Organization

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>1.1</b>	<b>Objetivo geral.....</b>	<b>17</b>
<b>1.1.1</b>	<b>Objetivos específicos.....</b>	<b>17</b>
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>18</b>
<b>2.1</b>	<b>Hanseníase: aspectos clínicos e epidemiológicos.....</b>	<b>18</b>
<b>2.2</b>	<b>Avaliação de desempenho em APS e PCATool.....</b>	<b>27</b>
<b>3</b>	<b>MÉTODO .....</b>	<b>32</b>
<b>3.1</b>	<b>Desenho do estudo.....</b>	<b>32</b>
<b>3.2</b>	<b>Cenário e Participantes .....</b>	<b>32</b>
<b>3.3</b>	<b>Critérios de inclusão e exclusão.....</b>	<b>34</b>
<b>3.4</b>	<b>Coleta de dados.....</b>	<b>34</b>
<b>3.5</b>	<b>Organização e análise dos dados.....</b>	<b>38</b>
<b>3.6</b>	<b>Procedimentos éticos.....</b>	<b>40</b>
<b>4</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>42</b>
<b>4.1</b>	<b>Perfil socioeconômico e clínico das pessoas acometidas por hanseníase participantes do estudo.....</b>	<b>42</b>
<b>4.2</b>	<b>Perfil e condutas clínicas dos profissionais que fazem o acompanhamento das pessoas acometidas por hanseníase.....</b>	<b>50</b>
<b>4.3</b>	<b>Avaliação da qualidade da APS em hanseníase com base nas pontuações do questionário PCATool.....</b>	<b>65</b>
<b>4.4</b>	<b>Comparação do desempenho da APS em hanseníase das UBS pesquisadas.....</b>	<b>70</b>
<b>4.5</b>	<b>Correlação entre as principais variáveis do estudo com as maiores e menores pontuações do PCATool.....</b>	<b>74</b>
<b>5</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>83</b>
	<b>RECOMENDAÇÕES.....</b>	<b>85</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>87</b>
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>98</b>
<b>A</b>	<b>- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....</b>	<b>99</b>
<b>B</b>	<b>- Instrumento de avaliação do desempenho da atenção primária à saúde em hanseníase: versão usuários.....</b>	<b>104</b>
<b>C</b>	<b>- Instrumento de avaliação do desempenho da atenção primária à saúde em hanseníase: versão profissionais.....</b>	<b>116</b>
<b>D</b>	<b>- Classificação Brasileira de Ocupações (CBO 2002).....</b>	<b>127</b>
<b>E</b>	<b>- Documento de aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa –CEP/UFPI.....</b>	<b>130</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença crônica, infectocontagiosa, granulomatosa, de evolução lenta, que está associada ao *Mycobacterium leprae* (*M. leprae*), um parasita intracelular obrigatório que promove lesões cutâneas, lesão de nervos periféricos e comprometimento da mucosa do trato respiratório superior e dos olhos, podendo resultar em incapacidades físicas permanentes que evoluem para deformidades em alguns casos (MOREIRA et al., 2014; RODRIGUES, LOCKWOOD, 2011).

O *M. leprae* é transmitido a partir de indivíduos infectados com formas multibacilares de hanseníase e não tratados, sendo liberado através das vias aéreas superiores e secreções. O bacilo possui uma alta infectividade e uma baixa patogenicidade, ou seja, infecta muitas pessoas, mas poucos adoecem, de modo que aproximadamente 90% da população geral possui resistência imunológica ao bacilo (LASTÓRIA, MORGADO, 2014; REIS, CASTRO, FERNANDES, 2017).

Esta enfermidade milenar passou a ser efetivamente controlada através da descoberta de um tratamento eficaz com a poliquimioterapia (PQT) na década de 80, que implicou diretamente na possibilidade de cura e quebra da cadeia de transmissão da doença (CRESPO, GONÇALVES, 2014).

Nesse sentido, a Organização Mundial da Saúde (OMS) preconizou a disseminação mundial da PQT e definiu em sua 44<sup>a</sup> Assembleia Mundial de Saúde (1991) que a hanseníase deixaria de ser um problema de saúde pública naqueles países onde o coeficiente de prevalência fosse menor ou igual a 01 caso para cada 10 mil habitantes, passando a determinar a meta mundial de eliminação da hanseníase para o ano de 2000 para todos os países signatários, sendo que atualmente somente Brasil, Índia e Indonésia não atingiram essa meta (OSUGUE, OSUGUE, 2005; PINTO NETO et al., 2013; WHO, 2016B ).

Dados da Organização Mundial de Saúde do ano de 2015 mostram que 14 países no mundo apresentaram mais de 1000 casos novos de hanseníase. Estes 14 países representaram 95% da carga global de hanseníase, sendo os 5% restantes relatados por outros 92 países do mundo. Nesse sentido, a Índia informou 127.326 casos novos, representando 60% dos novos casos globais de hanseníase; o Brasil relatou 26.395 novos casos, representando 13% dos novos casos globais; e a Indonésia informou 17.202 novos casos, o equivalente a 8% dos casos novos no mundo. Nenhum outro país informou mais que 10 mil casos novos por ano (WHO, 2016B).

Enquanto signatário do compromisso mundial de eliminação da hanseníase, o Brasil desenvolveu e vem aprimorando o Programa Nacional de Controle da Hanseníase do Ministério da Saúde - PNCH/MS que realiza um conjunto de ações que visam à orientação do serviço em todas as instâncias e diferentes complexidades, de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde - SUS, fortalecendo as ações de vigilância epidemiológica da hanseníase, promoção da saúde com base na educação permanente e assistência integral aos acometidos por este agravo (BRASIL, 2001).

Assim, desde 2002 o PNCH estabeleceu a integração da Rede Básica de Saúde (RBS), dos milhares de trabalhadores das Equipes de Saúde da Família e dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), e o Departamento de Atenção Básica (DAB) que se aliou a esse esforço buscando a eliminação da hanseníase como problema de saúde pública no Brasil (BRASIL, 2002).

A criação e implementação do PNCH foi importante para a capilarização das Ações de Controle da Hanseníase (ACH) na Atenção Primária à Saúde (APS), fato que permitiu a melhoria de todos os indicadores de controle da doença a nível nacional e o alcance da meta em grande parte do território brasileiro; entretanto, observou-se a permanência de áreas endêmicas em várias regiões do Brasil que implicaram em tendência de estabilização do coeficiente de prevalência que foi de 1,1 casos para cada 10 mil habitantes para o ano de 2015, de modo que o Brasil, ao lado de Índia e Indonésia, são os únicos países no mundo que continuam endêmicos, mesmo depois de tanto tempo do compromisso de eliminação (WHO, 2016A; CRESPO, GONÇALVES, 2014).

Nesse contexto, o Piauí permanece como área importante de manutenção da alta endemicidade da hanseníase, ocupando o 2º lugar no nordeste e o 6º lugar no país em termos de prevalência, com 2,09/10 mil habitantes no ano de 2015. No cenário estadual, Teresina é uma cidade hiperendêmica, considerando-se dois dos principais indicadores utilizados pelo Ministério da Saúde (MS) para medir a força da endemia, que são o coeficiente de detecção na população geral (40,75 casos/100 mil habitantes em 2015) e o coeficiente de detecção em menores de 15 anos (8,78 casos para 100 mil habitantes em 2014) (BRASIL, 2017).

A análise dos indicadores da hanseníase na base de dados do SINAN referentes ao ano de 2015 demonstra que, embora haja municípios com piores coeficientes de prevalência no Estado do Piauí, as cidades de Teresina, Floriano e Picos se destacam na quantidade de casos notificados em função de possuírem populações maiores (BRASIL, 2017).

Diante da tendência de estabilização da hanseníase em níveis endêmicos, observada em parte do território nacional, o MS tem estimulado o desenvolvimento de pesquisas



científicas que possam apontar para determinantes desse processo, permitindo a reorganização da atenção em saúde, com o objetivo de atingir as metas de eliminação e controle da hanseníase enquanto problema de saúde pública.

A OMS e o MS no Brasil se posicionam favoráveis às práticas de avaliação e reavaliação continuadas dos serviços de saúde, pois entendem que é necessária uma análise sistemática do desempenho dos programas de saúde após um período de tempo específico de sua implementação de modo a verificar e comparar resultados alcançados com os esperados, considerando o planejamento prévio. De modo geral, a avaliação dos serviços de saúde considera aspectos relacionados com a qualidade, eficiência, equidade, relevância, sustentabilidade, qualidade dos cuidados e indicadores de estrutura física, entre outros (SOUSA, SILVA, XAVIER, 2017; BRASIL, 2012).

Alguns autores defendem que o processo de avaliação contribui para a melhoria do serviço e serve como prestação de contas com a sociedade, com reflexo direto na qualidade de vida da população assistida pelo programa avaliado (FERREIRA, 2005). Quando se trata especificamente da hanseníase, Lanza (2014) entende que a avaliação da qualidade dos serviços é de suma importância, uma vez que se trata de um agravo prioritário na política de saúde do Brasil necessitando de ações que visem ao fortalecimento da atuação da APS no seu controle. Para esta mesma autora, a utilização de instrumentos adequados permite a análise situacional e facilita o planejamento das ações para o respectivo serviço, repercutindo diretamente na qualidade deste.

O contexto atual das políticas de controle e eliminação da hanseníase se caracteriza pela forte tendência a descentralização das ações, com grande importância para o papel da atenção primária, na busca constante pela integração entre os serviços de hanseníase e os serviços gerais de saúde, com o objetivo de melhorar a qualidade da notificação de casos e avaliação de dados, bem como garantir o exame dos contatos domiciliares do paciente infectado com vistas à interrupção das fontes de infecção. Por outro lado, a atenção integral e a humanização da prestação de serviços norteiam as ações de saúde, buscando-se a excelência na assistência.

Assim, as dimensões e a amplitude propostas neste projeto se justificam pela necessidade de aprofundar o conhecimento a respeito dos determinantes da manutenção de regiões de alta endemicidade de hanseníase, assim como pela necessidade constante de reavaliação da qualidade dos serviços de saúde, buscando-se a reorganização e aprimoramento do sistema público de atenção, de modo que se consigam atingir as metas de

eliminação da doença e a maior satisfação possível dos profissionais e usuários da atenção primária.

Espera-se que o presente estudo possa contribuir para a melhor compreensão dos determinantes da manutenção da endemia de hanseníase na cidade de Teresina-PI, assim como apontar os aspectos essenciais à excelência dos serviços na atenção básica, permitindo atender melhor as demandas de saúde dessa clientela. Espera-se ainda que esta pesquisa contribua para melhorar a atenção integral às pessoas em tratamento, aos sequelados físicos ou psicológicos da hanseníase, bem como dê suporte aos familiares e cuidadores.

### **1.1 Objetivo geral**

- Avaliar o desempenho da atenção primária à saúde no controle da hanseníase na cidade de Teresina na perspectiva de usuários e profissionais dos serviços.

#### **1.1.1 Objetivos específicos**

- Correlacionar aspectos socioeconômicos e características clínicas da hanseníase com a avaliação da qualidade da atenção primária à saúde.
- Determinar quais fatores estão relacionados com o melhor/pior desempenho da atenção primária nas ações de controle da hanseníase na perspectiva dos usuários e profissionais na cidade de Teresina-PI.
- Comparar o desempenho das unidades básicas de saúde entre si.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 Hanseníase: aspectos clínicos e epidemiológicos

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa, crônica e granulomatosa mundialmente conhecida como lepra, que apresenta evolução lenta, manifestando-se principalmente através de sinais e sintomas dermatoneurológicos: lesões na pele e nos nervos periféricos, principalmente nos olhos, mãos e pés (BRASIL, 2002; TALHARI et al. 2006).

A doença é relatada há mais de 2.500 anos, em países como o Egito, Índia e China, sendo que estas civilizações atribuíam à hanseníase um caráter de misticismo e discriminação, de modo que as deformidades e mutilações decorrentes da doença eram entendidas como uma forma de remissão de pecados. O preconceito transcendeu os tempos e ainda permeia a vida das pessoas acometidas nos tempos atuais. Lustosa et al. (2011) relataram em estudo que a discriminação é uma variável determinante para a piora significativa dos aspectos mais relacionados à saúde mental, inclusive com alteração do limiar de dor. Outros autores relatam que a discriminação interfere negativamente na recuperação e qualidade de vida destes pacientes (OSUGUE, OSUGUE, 2005).

O processo social e histórico de estigmatização relegou aos doentes de hanseníase à marginalização com a segregação de comunidades inteiras em centros de isolamento (leprosários), sendo que no Brasil de 1924 a 1962 a internação compulsória de pacientes com hanseníase era utilizada como controle da doença na comunidade (CASTRO, WATANABE, 2009). O desconhecimento do fator etiológico, aliado à transmissibilidade e deformidades associadas à doença culminaram com todo o conjunto de mazelas sociais que ainda acompanham muitos pacientes (FIGUEREDO, 2006).

A descoberta do *M. leprae* pelo médico norueguês Gerhard Armauer Hansen em 1873 permitiu a desmistificação do processo de adoecimento e o desenvolvimento de pesquisas direcionadas para medicamentos mais eficazes no tratamento da hanseníase, contribuindo substancialmente para o controle do problema (SANTOS, CASTRO, FALQUETO, 2008).

O *M. leprae* é um parasita intracelular obrigatório que apresenta afinidade por bainhas tendinosas e nervosas (neurotrópico), tecidos cutâneos e vísceras. A forma de disseminação do bacilo no organismo contaminado vai depender do estado imunológico do paciente, do grau de endemicidade do meio e de outros componentes genéticos que facilitam ou dificultam a relação entre bacilo e hospedeiro, sendo importante ressaltar que este bacilo é difícil de ser

cultivado em laboratório, o que dificulta a criação de vacinas imunizantes (OSUGUE, OSUGUE, 2005).

Sarno (2010) relata que o contato com pessoas infectadas e sem tratamento não implicará necessariamente em desenvolvimento da doença na pessoa que foi infectada, tendo sido observado que entre as pessoas que mantêm contato com as formas mais contagiosas da hanseníase (multibacilares) apenas cerca de 8% desenvolvem a doença, em um período de tempo que varia de 02 a 07 anos após a infecção. A via aérea superior é a porta principal de infecção e, posteriormente, de eliminação e disseminação de bacilos no meio, embora lesões dérmicas e outras secreções do indivíduo doente com as formas bacilíferas da hanseníase possam participar deste processo (BRASIL, 2014).

Segundo Cotran, Kumar e Robbins (2000) a relação entre o *M. leprae* e o sistema imune da pessoa infectada (representado pelos macrófagos alveolares) resulta em 03 formas de desfecho para a infecção:

- Destruição dos bacilos em indivíduos bastante resistentes, processo que ocorre em 80-90% dos casos;
- Defesa imunológica para isolamento do bacilo que resultará em formas mais brandas e não contagiosas de hanseníase (paucibacilares);
- Disseminação do bacilo para linfonodos regionais e depois para partes mais frias do corpo, com desenvolvimento de formas mais severas e contagiosas da patologia (multibacilares).

Com relação ao desenvolvimento da hanseníase, é possível identificar 04 formas clínicas distintas que podem ser classificadas a partir dos aspectos morfológicos das lesões cutâneas e do resultado da baciloscopia em (BRASIL, 2002):

- **Indeterminada:** forma inicial da hanseníase, caracterizada pela ausência de lesões motoras, baciloscopia negativa e ocorrência de até 05 lesões na pele. Estas lesões dérmicas se apresentam com áreas de hipo ou anestesia, parestesias, manchas hipocrômicas e/ou eritemato-hipocrômicas, com ou sem diminuição da sudorese e rarefação de pêlos. É uma forma instável, pois na ausência de tratamento pode transformar-se em hanseníase tuberculóide ou virchowiana;
- **Tuberculóide:** forma clínica caracterizada por baciloscopia negativa e pela presença de placas eritematosas ou eritemato-hipocrômicas, bem delimitadas, hipo ou anestésicas, com comprometimento de tronco nervoso. É uma forma estável, não contagiosa e mais benigna de hanseníase em que a pessoa acometida apresenta certa resistência contra o bacilo. Representa o pólo benigno da doença;

- **Virchowiana:** forma mais grave da hanseníase, caracterizando-se pela baciloscopia positiva (bacilos abundantes e globias) associada à presença de: eritema e infiltração difusos; placas eritematosas, infiltradas e de bordas mal definidas; tubérculos e nódulos; madarose; lesões das mucosas; alteração de sensibilidade e/ou motricidade. É uma forma estável e altamente contagiosa que apresenta lesões mais graves, podendo alcançar vísceras (fígado e baço). Representa, portanto, o pólo maligno da hanseníase;
- **Dimorfa:** reúne características das duas formas anteriores, podendo evoluir mais para uma ou para outra, o que a torna instável e interpolar. Assim, a baciloscopia pode ser positiva (bacilos e globias ou com raros bacilos) ou negativa associada a lesões pré-foveolares (eritematosas planas com o centro claro) e/ou a lesões foveolares (eritematopigmentares de tonalidade ferruginosa ou pardacenta), apresentando alterações de sensibilidade.

Para os casos diagnosticados, deve-se utilizar a classificação operacional da hanseníase, visando definir o esquema de tratamento com PQT, que se baseia no número de lesões cutâneas de acordo com os seguintes critérios (BRASIL, 2016):

- **Paucibacilar** – casos com até cinco lesões de pele, englobando as formas clínicas indeterminada e tuberculóide. O tratamento é realizado com PQT Paucibacilar (PB) durante 06 meses. Quando disponível baciloscopia, o seu resultado positivo classifica o caso como MB, porém o resultado negativo não exclui o diagnóstico clínico da hanseníase e também não classifica obrigatoriamente o doente como PB.
- **Multibacilar** – casos com mais de cinco lesões de pele ou com baciloscopia positiva, independentemente do número de lesões. Neste grupo se enquadram as formas virchowiana e dimorfa e o tratamento é feito com PQT Multibacilar (MB) durante 12 meses.

O diagnóstico tardio, sobretudo das formas multibacilares da hanseníase, resulta em lesões decorrentes do comprometimento dos nervos periféricos através de processo inflamatório causado pela ação direta do bacilo ou por reações imunológicas do organismo à presença do bacilo, resultando em alterações sensitivas e motoras, responsáveis pelas incapacidades e deformidades físicas. Estas reações imunológicas (chamadas de estados reacionais) podem aparecer antes, durante ou até anos após o tratamento medicamentoso e comprometem significativamente a qualidade de vida da pessoa afetada (PEREIRA, 1999).

O MS através do PNCH recomenda a avaliação neurológica simplificada para a determinação do grau de perda funcional na hanseníase para todos os casos suspeitos e confirmados, inclusive no momento da alta do tratamento, sendo verificada a presença ou não

de lesões em olhos, mãos e pés. Assim, o grau de incapacidade é classificado em (BRASIL, 2016):

- **Grau 0 (zero) de lesão:** quando a avaliação dos olhos revelar força muscular das pálpebras e sensibilidade da córnea preservadas, capacidade de contar dedos a 6 metros ou acuidade visual  $\geq 0,1$  ou 6:60; a avaliação das mãos evidenciar força muscular preservada e presença de sensibilidade palmar com o uso do monofilamento lilás (2 g) ou o toque da ponta de caneta esferográfica; na avaliação dos pés a força muscular estiver preservada e sensibilidade plantar testada sensível ao monofilamento lilás (2 g) ou o toque da ponta de caneta esferográfica.
- **Grau I (um) de incapacidade:** quando a avaliação dos olhos evidenciar diminuição da força muscular das pálpebras sem deficiências visíveis e/ou diminuição ou perda da sensibilidade da córnea: resposta demorada ou ausente ao toque do fio dental ou diminuição/ausência do piscar; a avaliação das mãos mostrar diminuição da força muscular sem deficiências visíveis e/ou alteração da sensibilidade palmar: não sente o monofilamento lilás (2 g) ou o toque da ponta de caneta esferográfica; e na avaliação dos pés apresentar diminuição da força muscular sem deficiências visíveis e/ou alteração da sensibilidade plantar: não sente o monofilamento lilás (2 g) ou o toque da ponta de caneta esferográfica.
- **Grau II (dois) de perda funcional:** quando a avaliação dos olhos evidenciar deficiência(s) visível(eis) causadas pela hanseníase, como: lagoftalmo; ectrópio; entrópio; triquíase; opacidade corneana central; iridociclite e/ou incapacidade de contar dedos a 6 metros ou acuidade visual  $< 0,1$  ou 6:60, excluídas outras causas; à avaliação das mãos apresentar deficiência(s) visível(eis) causadas pela hanseníase, como: garras, reabsorção óssea, atrofia muscular, mão caída, contratura, feridas; e, na avaliação dos pés apresentar deficiência(s) visível(eis) causadas pela hanseníase, como: garras, reabsorção óssea, atrofia muscular, pé caído, contratura, feridas.

Van Beers, Hatta e Klatser (1999) relatam que a hanseníase acomete pessoas independentemente da idade ou sexo, porém, muitos estudos apontam um perfil de risco formado por adultos jovens pobres, moradores de regiões endêmicas, que geralmente relatam outro caso de hanseníase em seu lar. É importante destacar que o acometimento de crianças e adolescentes até 15 anos é o principal indicador da gravidade da endemia, pois sugere intensa circulação do *M. leprae*, transmissão ativa e recente, além de presença de casos índices ainda não identificados e não assistidos pelo sistema de saúde (HACKER et al. 2012; FREITAS, CORTELA, FERREIRA, 2012). Contudo, ainda existem grandes lacunas de conhecimento no que se refere a aspectos cruciais da cadeia epidemiológica da transmissão da doença (VISSCHEDIJK et al., 2003).

O manejo terapêutico da hanseníase passou pelos mais diversos tipos de tratamento, inclusive pela internação compulsória e isolamento dos doentes. No final da década de 1940 foram publicados dois relatos de experiência de tratamento com a sulfona-mãe (diaminodifenilsulfona), obtendo-se bons resultados terapêuticos com baixo custo financeiro, o que resultou no início da cadeia de eventos que culminaria com o estabelecimento da PQT na década de 80, implementada no Brasil em 1986 e adotada oficialmente pelo MS em 1991 (GOULART et al., 2002).

Além da quimioterapia específica, o tratamento da hanseníase inclui a supressão dos surtos reacionais, prevenção de incapacidades físicas, reabilitação física e psicossocial com o encaminhamento e oferta de centros especializados de referência, de modo que as ACH são realizadas em níveis progressivos de complexidade para o apoio da rede básica (BRASIL, 2002).

O MS dispõe de esquemas alternativos à PQT, recomendados para casos específicos: doses ajustadas para crianças; esquemas alternativos com outras drogas em casos de alergia; esquemas para pacientes gestantes; esquemas para pacientes com comorbidades que contraindiquem o esquema padrão (ARAÚJO, LANA, PAZ et al., 2015).

Mesmo após a realização do tratamento prescrito de PQT, o profissional de saúde deve ter uma atitude de vigilância em relação ao potencial incapacitante da doença, visando diagnosticar precocemente e tratar adequadamente as neurites e reações. Assim, o paciente deve ser orientado para a identificação de eventuais sinais e sintomas dessas reações, com a realização das práticas de auto-cuidado (BRASIL, 2002).

A mobilização mundial para controle da endemia da hanseníase tem sido encabeçada pela OMS, que, ao longo de décadas vem conduzindo as estratégias mundiais de eliminação da doença, estabelecendo metas a serem alcançadas a nível global, como a redução do coeficiente de prevalência da doença a patamares iguais ou inferiores a 01 caso para cada 10 mil habitantes. Apesar de o Brasil não ter obtido êxito no alcance da meta prevista, vem desenvolvendo e aprimorando o PNCH, que tem conseguido avanços importantes na última década, com a redução de 34,1 % no número de casos novos, passando de 43.652 diagnosticados no ano de 2006 para 28.761 em 2015. Isso corresponde a uma queda de 39,7% da taxa de detecção geral do país (de 2,33/10 mil habitantes em 2006 para 1,40/10 mil habitantes em 2015). Em menores de 15 anos, o número de casos novos diagnosticados foi 2.113 no ano de 2015 (7% do total de casos novos do país), sinalizando assim focos de infecção ativos e transmissão recente. A taxa de detecção nessa parcela da população

apresentou uma redução de 28,2% na última década (de 0,62/10 mil habitantes em 2006, para 0,44/100 mil habitantes em 2015) (BRASIL, 2017).

Existem vários indicadores da endemia de hanseníase, sendo importante destacar (BRASIL, 2016):

- **Taxa de prevalência anual de hanseníase** que mede a magnitude da endemia e é calculada pelo número de casos em curso de tratamento em determinado local em 31 de dezembro do ano de avaliação para cada 10 mil habitantes. Assim, com base nesse parâmetro, classifica-se o território pesquisado em: hiperendêmico, quando o coeficiente de prevalência for igual ou superior a 20 casos por 10 mil habitantes; muito alto, quando a prevalência estiver entre 10 e 19,9 casos por 10 mil habitantes; alto, com 5 a 9,9 casos por 10 mil habitantes; médio, entre 1 e 4,9 casos por 10 mil habitantes; e baixo, quando a prevalência for menor que 1 caso por 10 mil habitantes.
- **Taxa de detecção anual de casos novos** que mede a força de morbididade, magnitude e tendência da endemia, sendo calculada pelo número de casos novos de hanseníase residentes em determinado local e diagnosticados no ano da avaliação de hanseníase por 100 mil habitantes. Assim, classifica-se como hiperendêmico o território que apresentar detecção maior que 40 casos por 100 mil habitantes; muito alto quando a taxa de detecção variar entre 20 e 39,99 casos por 100 mil habitantes; Alto entre 10,00 a 19,99 casos por 100 mil habitantes; médio entre 2 a 9,99 casos por 100 mil habitantes. Baixo quando a taxa de detecção for menor que 2 casos por 100mil habitantes.

O panorama global mais atual da hanseníase foi apresentado na “Atualização global sobre hanseníase, 2014: necessidade de detecção precoce de casos” publicada em setembro de 2015 e teve como base as estatísticas anuais de hanseníase recebidas de 121 países de cinco regiões do planeta (WHO, 2016A, pág. 03). A compilação e análise desses dados são mostradas a seguir:

- **213.899** pacientes recém-diagnosticados foram notificados em **2014**, o que corresponde a uma taxa de detecção de **3,0/100 mil habitantes**;
- **94%** dos pacientes com hanseníase notificados em **2014** eram habitantes de **13 países**: Bangladesh, **Brasil**, República Democrática do Congo, Etiópia, Índia, Indonésia, Madagascar, Mianmar, Nepal, Nigéria, Filipinas, Sri Lanka e República Unida da Tanzânia;
- **14.110** novos casos com IG2 (**grau II de incapacidade**) foram detectados, o que corresponde a 6,6% do número total de pacientes recém-diagnosticados e a uma taxa de 2,0 casos por milhão;



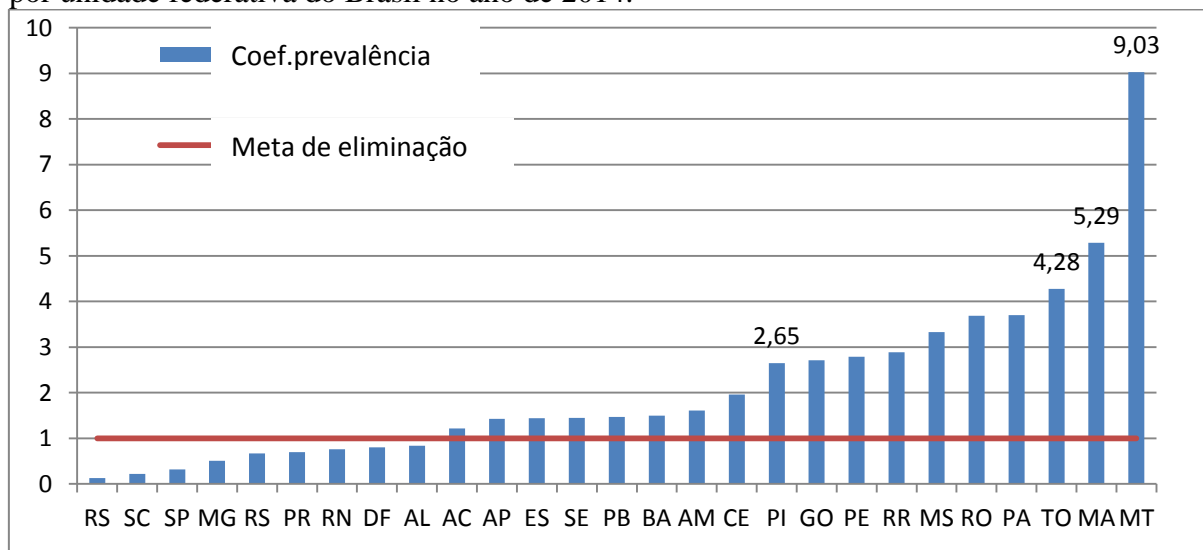
- **18.869** novos pacientes detectados e notificados em **2014** eram crianças, o que corresponde a 8,8% do número total de pacientes notificados;
- **61%** dos pacientes eram casos multibacilares (MB) de hanseníase;
- **36%** dos pacientes eram do sexo feminino;
- As taxas de conclusão do tratamento de 75 países variaram entre 55% e 100% nos pacientes MB notificados em 2012 e nos pacientes paucibacilares notificados em 2013 (WHO, 2016B).

Em 2015, de todos os 28.806 casos novos de hanseníase detectados nas Américas, 26.395 casos foram detectados no Brasil (91,63%), o que representa 12,52% de todos os 210.758 casos novos registrados pela OMS no ano no mundo todo, ficando atrás somente da Índia com 127.326 casos novos (60,41%). Somados aos 17.202 casos novos (8,16%) da Indonésia, os três países representaram 81,09% dos casos novos em 2015, sendo os únicos a não atingirem a meta de eliminação da hanseníase no mundo (WHO, 2016A).

Apesar da permanência de áreas de alta endemicidade, sobretudo em países como Brasil, Índia e Indonésia, os casos globais de hanseníase tem caído de modo significativo, sendo possível observar um declínio geral de 20,66% dos casos novos detectados na década de 2004-2015 (WHO, 2016B).

Estudo apresentado por Dominguez (2015) demonstrou que o Brasil apresenta uma distribuição territorial bastante heterogênea dos casos de hanseníase, conforme mostrado no gráfico 01.

**Gráfico 01:** Coeficiente de prevalência dos casos de hanseníase para cada 10 mil habitantes por unidade federativa do Brasil no ano de 2014.



**Fonte:** Bruno Dominguez/Revista Radis, 2015.

Pela análise desse gráfico é possível verificar que a hanseníase prevalece nas regiões norte, nordeste e centro-oeste, com destaque para os estados de Mato Grosso (coeficiente de prevalência de 9,03 casos/10mil habitantes), Maranhão (coeficiente de prevalência de 5,29 casos/10mil habitantes) e Tocantins (coeficiente de prevalência de 4,28 casos/10mil habitantes). O Piauí ocupa a 10ª colocação nacional, com coeficiente de prevalência de 2,65 casos/10mil habitantes, sendo que o Brasil em 2014 apresentava 18 Estados que ainda não haviam atingido a meta de eliminação da hanseníase (DOMINGUEZ, 2015).

Desde o ano 2000 a OMS (WHO, 2016A) vem lançando mão de estratégias quinquenais de controle e eliminação da hanseníase, sendo que a estratégia do período (2000-2005) chamada de “esforço final para a eliminação da hanseníase” se concentrou na PQT e na detecção passiva de casos. A estratégia global para “aliviar a carga da hanseníase e manter as atividades de controle da hanseníase” (2006-2010) consolidou os princípios de detecção oportuna e quimioterapia efetiva no contexto de serviços integrados de combate à hanseníase.

Em 2011 a OMS lançou a estratégia global aprimorada para “redução adicional da carga da hanseníase” (2011-2015) que aperfeiçoou ações conjuntas e aprimorou esforços globais para abordar os desafios enfrentados no controle da hanseníase com uma ênfase na detecção precoce para reduzir incapacidades decorrentes da hanseníase.

A estratégia atual (2016-2020) é intitulada de “Aceleração rumo a um mundo sem hanseníase”, e tem como metas:

- Manutenção de um componente médico sólido, maior visibilidade e peso aos aspectos humanos e sociais que afetam o controle da hanseníase.
- A redução de estigmas e a promoção da inclusividade reforçarão o diagnóstico melhor e antecipado.
- Entre as condutas inovadoras estão a ênfase em crianças, mulheres e outras populações vulneráveis, o fortalecimento dos sistemas de referência, a detecção sistemática de contatos domésticos, o monitoramento da resistência aos medicamentos, o esforço para simplificar a conduta terapêutica e a avaliação do papel da profilaxia pós-exposição.
- Estar integrada a agendas mais amplas de saúde e desenvolvimento, inclusive a cobertura universal de saúde e os objetivos de desenvolvimento sustentável.
- O título “Aceleração rumo a um mundo sem hanseníase” incorpora a necessidade de ampliar o impulso criado no controle da hanseníase em âmbito global e local para que as futuras gerações possam alcançar o objetivo final de um mundo sem hanseníase (WHO, 2016A, PÁG. 07).

Percebe-se que com a melhoria dos indicadores globais de controle da hanseníase, há uma crescente preocupação com a dimensão social e psíquica da doença, permitindo o

estabelecimento de metas para superação do estigma e integração social dos acometidos. Assim, a progressão das estratégias e o cumprimento das metas passam obrigatoriamente pelo fortalecimento das ações desempenhadas na APS, conforme estabelecido no PNCH, pois se entende que as questões humanitárias e dos direitos das pessoas afetadas pela hanseníase são de caráter urgente e representam a absoluta garantia de equidade e justiça social.

Os dados mais atuais coletados no SINAN (BRASIL, 2017) revelam que o Piauí registrou 1012 casos novos de hanseníase no ano de 2015, sendo 334 deles registrados em Teresina, o que corresponde a um coeficiente de prevalência de 2,67 casos por 10 mil habitantes. Embora Teresina tenha sido a cidade do Piauí com maior registro de casos novos da doença, não foi a cidade com maior coeficiente de prevalência.

Por tudo que foi explanado, percebe-se que a hanseníase é uma patologia que se distribui de forma heterogênea em diferentes territórios, exigindo estratégias diferenciadas de enfrentamento. Os horizontes apontam para a necessidade de medidas preventivas baseadas no mapeamento de áreas críticas e investimentos que ultrapassem as ações do setor saúde. Este modelo recebe forte resistência em nosso meio, pois ainda predomina o modelo historicamente baseado na assistência.

O PNCH desenvolve um conjunto de ações que visam à orientação dos serviços em todas as instâncias e diferentes complexidades, de acordo com os princípios do SUS, fortalecendo as ações de vigilância epidemiológica da hanseníase, promoção da saúde com base na educação permanente e assistência integral aos acometidos por este agravo (BRASIL, 2012).

Essa abrangência do PNCH foi estabelecida em 2002, através da integração da Rede Básica de Saúde (RBS), dos milhares de trabalhadores das Equipes de Saúde da Família e dos ACS, e pelo DAB que se aliou a esse esforço buscando a eliminação da hanseníase como problema de saúde pública no Brasil (BRASIL, 2002).

Apesar de o PNCH seguir as diretrizes da OMS, a permanência de áreas endêmicas em várias regiões do Brasil implicou na implementação de ações e reorganização dos serviços com o objetivo de atingir as metas propostas. Assim, ganham força as ações de promoção e educação em saúde, visando mudanças que promovam o controle deste agravo enquanto problema de saúde pública. Desta forma, as ações previstas no PNCH têm como meta principal o aumento na oferta de serviços de saúde na rede básica: com a detecção precoce dos casos; a oferta de tratamento poliquimioterápico; a prevenção de incapacidades; e a vigilância de comunicantes em todos os municípios (BRASIL, 2006).

Existe uma forte tendência à descentralização das ações e busca constante pela integração entre os serviços de hanseníase e os serviços gerais de saúde, com o objetivo de melhorar a qualidade da notificação de casos e avaliação de dados, bem como garantir o exame dos contatos domiciliares do paciente infectado com vistas à interrupção das fontes de infecção (VISSCHEDIJK et al., 2003).

Do ponto de vista filosófico, percebe-se que o PNCH procura desenvolver ações em todos os níveis de saúde, buscando o atendimento integral às pessoas acometidas de forma a obter: a cura; a quebra da cadeia de transmissão; evitar o estabelecimento das lesões secundárias e promover a reintegração social dos pacientes sequelados pela hanseníase.

Na prática, a eficiência das ações do PNCH é avaliada com base nos diversos indicadores da hanseníase, que são aproximações quantificadoras da doença. Os indicadores da hanseníase são utilizados para ajudar a descrever a situação da endemia em determinada região ou para acompanhar mudanças/tendências da doença em um período de tempo. Essas informações são armazenadas e atualizadas no SINAN, uma vez que a hanseníase é uma doença de notificação compulsória.

Entretanto, os sistemas de informações em saúde sobre hanseníase não possuem indicadores oficiais que avaliem a qualidade da APS nas ACH, sendo que alguns instrumentos têm sido desenvolvidos com essa finalidade, dada a importância que a APS tem no sucesso das políticas nacionais de controle da endemia.

O contexto global das políticas e movimentos sociais de controle e eliminação da hanseníase aponta para um momento singular de ruptura do modelo tradicional segregacionista e excludente de combate à hanseníase, e o surgimento de um novo modelo humanizado e integral. Neste modelo, busca-se mais que o aspecto biológico da doença, pois os objetivos são: a reintegração socioeconômica da pessoa com hanseníase ou mesmo dos curados, sobretudo daqueles sequelados; a redução do estigma e preconceito associados; e a melhoria da qualidade de vida do acometido e sua família. Neste sentido, a qualidade da APS se mostra como elemento essencial.

## **2.2 Avaliação de desempenho em APS e PCATool**

A APS tem evoluído ao longo do tempo e hoje pode ser entendida como o nível de um sistema de serviço de saúde que funciona como porta de entrada, atendendo a todas as necessidades e problemas de saúde da pessoa (não direcionada apenas para a enfermidade),

exceto as muito incomuns ou raras, coordenando os outros tipos de atenção fornecidos em algum outro lugar ou por terceiros (STARFIELD, 2002).

Essa definição da atenção primária pode, dessa forma, guiar as estratégias de avaliação e investigação dos serviços e sistemas de saúde baseados na APS. Assim, a identificação rigorosa da presença e extensão dos atributos da APS é fundamental para definir um serviço como realmente orientado para as ações, permitindo verificar a associação entre estes atributos e os resultados, ou seja, a efetividade da atenção sobre a saúde da população (STARFIELD, XU, SHI, 2001).

Alguns estudos tem demonstrado que em muitos municípios brasileiros predomina a herança de uma rede assistencial centrada nos grandes hospitais e centros de saúde tradicionais, de modo que ainda existem ambulatórios dentro de estruturas mais complexas, sobretudo em grandes centros urbanos (ALMEIDA et al., 2010; PORTELA, 2017). Assim, a lógica inversa permeia a atenção ambulatorial de primeiro nível, incluindo serviços generalistas rotineiros na prevenção ou tratamento da maioria das doenças comuns e considerados básicos dos sistemas de saúde.

Neste contexto, em muitos casos, a avaliação da APS no Brasil tendo como referência exclusiva a Estratégia Saúde da Família (ESF) é limitada, porque muitos serviços que deveriam ser prestados na atenção básica são realizados em locais de maior complexidade, seguindo sentido diverso dos atributos definidos internacionalmente como inerentes e essenciais à APS (PORTELA, 2017).

Por outro lado, devido à amplitude própria da APS, uma proposta específica de avaliação costuma se restringir a uma de suas tantas perspectivas. Assim, identificar, dentro do cenário de heterogeneidade que caracteriza a ESF (ponto central da APS), requer um instrumento que possa permitir a produção rigorosa de conhecimento sobre sua efetividade (LANZA et al., 2014A).

A busca por instrumentos específicos, validados e eficientes para a avaliação da APS tem sido objeto de interesse, de modo que em 2006 houve a primeira adaptação do PCAT (versão original internacional do PCATool) que foi utilizada pelo MS com o objetivo de qualificação das equipes de APS acompanhadas por ações de monitoramento e avaliação. Ao PCAT (desenvolvido originalmente na *Johns Hopkins Populations Care Policy Center*) foram acrescentados alguns itens para adaptá-la à realidade brasileira como o atributo “Formação Profissional”, que contempla a formação dos profissionais que atuam na APS brasileira, já que o SUS sempre promove educação continuada (BRASIL, 2010B).

Paralelamente Harzheim et al. (2006) apresentaram uma versão do PCAT para usuários e crianças, validada no município de Porto Alegre-RS, que reproduz fielmente os itens e a escala de respostas do PCAT desenvolvido pelo grupo de pesquisa liderado por Starfield. O processo de validação do PCAT seguiu o processo de tradução para o português, tradução reversa, adaptação, pré-teste, validação de conteúdo e construto e análise da consistência interna e confiabilidade (HARZHEIM et al., 2006; LANZA, 2014). O resultado de todo esse processo resultou na criação do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool – *Primary Care Assessment Tool*), criado pela equipe de Starfield e adotado oficialmente pelo MS a partir de 2010 (STARFIELD et al, 2000; STARFIELD, XU, SHI, 2001; DUNCAN et al., 2013).

O PCATool mede a presença e a extensão dos 4 atributos essenciais e dos 3 atributos derivados da APS, sendo um modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde que se baseia na mensuração de aspectos de estrutura, processo e resultados dos serviços de saúde (CAMPBELL, ROLAND, BUETOW, 2000). O PCATool promove a medida de base individual sobre a estrutura e, principalmente, o processo de atenção em APS com base nos seguintes atributos:

- **Acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde:** acessibilidade e utilização do serviço de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, com exceção das verdadeiras emergências e urgências médicas.
- **Longitudinalidade:** existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo. A relação entre a população e sua fonte de atenção deve se refletir em uma relação interpessoal intensa que expresse a confiança mútua entre os usuários e os profissionais de saúde.
- **Integralidade:** leque de serviços disponíveis e prestados pelo serviço de atenção primária. Ações que o serviço de saúde deve oferecer para que os usuários recebam atenção integral, tanto do ponto de vista do caráter biopsicossocial do processo saúde-doença, como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação adequadas ao contexto da APS, mesmo que algumas ações não possam ser oferecidas dentro das unidades de APS. Incluem os encaminhamentos para especialidades médicas focais, hospitais, entre outros.
- **Coordenação da atenção:** pressupõe alguma forma de continuidade seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas abordados em outros serviços e a integração deste cuidado no cuidado global do paciente. O provedor de atenção primária deve ser capaz de integrar todo cuidado que o paciente recebe através da coordenação entre os serviços (BRASIL, 2010B, p. 09).

Ademais, a presença de outras três características, chamadas atributos derivados, qualificam as ações dos serviços de APS conforme definido por Starfield (2001) e presente no manual do PCATool:

- **Atenção à saúde centrada na família (orientação familiar):** na avaliação das necessidades individuais para a atenção integral deve-se considerar o contexto familiar e seu potencial de cuidado e, também, de ameaça à saúde, incluindo o uso de ferramentas de abordagem familiar.
- **Orientação comunitária:** reconhecimento por parte do serviço de saúde das necessidades em saúde da comunidade através de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade; sua relação com ela, assim como o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços.
- **Competência cultural:** adaptação do provedor (equipe e profissionais de saúde) às características culturais especiais da população para facilitar a relação e a comunicação com a mesma (BRASIL, 2010B, pág. 09).

Lanza et al. (2014A) desenvolveram um estudo para a aplicação do PCATool como instrumento de avaliação da qualidade da APS nas ACH preconizadas pelo MS, concluindo que o Instrumento de avaliação do desempenho da APS nas ações de controle da hanseníase apresentou duas validades: **a.** A primeira, relacionada à psicometria de um instrumento de medida (validade de construto e de confiabilidade - consistência interna e teste-reteste); **b.** A segunda, a uma validade prática, pois apresenta subsídios de acordo com a experiência dos gestores, médicos, enfermeiros, ACS e usuários para qualificar a atenção à hanseníase na APS.

Os mesmos autores acrescentam que a política brasileira para monitoramento e avaliação das ações do desempenho da APS é o PMAQ (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica), que contempla a hanseníase como uma das áreas estratégicas, porém não possui a capacidade de discriminar as fragilidades do sistema de saúde no desenvolvimento das ações de diagnóstico, tratamento, acompanhamento dos casos e dos contatos domiciliares, e vigilância epidemiológica.

Nesse sentido, um levantamento dos estudos feitos com o objetivo de avaliar o desempenho da atenção primária no controle da hanseníase mostrou que a presença de unidades da atenção secundária não permitiu o envolvimento efetivo da atenção primária no controle da hanseníase, tendo sido apontadas dificuldades da APS em incorporar práticas baseadas na vigilância à saúde para a realização das ACH (LANZA, LANA, 2011).

Embora existam vários indicadores epidemiológicos e operacionais que permitam a avaliação do programa de controle da hanseníase, há poucas ferramentas baseadas nos

atributos da atenção primária que permitam avaliar o grau de orientação desses serviços para a realização das ACH, portanto, instrumentos como o PCATool-Brasil podem se apresentar como recurso valioso à avaliação do desempenho da APS e reorganização dos serviços na busca de correções e melhorias (BRASIL, 2010B; LANZA et al., 2014A).

Prates et al. (2017) fizeram uma revisão sistemática com a análise de 22 artigos originais que aplicaram o *PCATool* a usuários, contemplando, no mínimo, um atributo essencial ou derivado presente no instrumento e que definiram um valor mínimo para o desempenho dos serviços de APS avaliados. Nesse estudo foi possível comprovar a ampla utilização do questionário em nível nacional e sua capacidade de avaliar o desempenho da APS, sendo que de modo geral, constatou-se que boa parte dos serviços avaliados nas UBS e ESF precisam ser aperfeiçoados.

Aleluia et al. (2017) compartilham desse entendimento ao realizarem estudo sobre a APS, relatando que o modelo de atenção calcado na fragmentação entre os serviços se configura como uma realidade persistente, caracterizada pela atenção desarticulada, com deficiências comunicacionais entre os serviços, justificando iniciativas para o desenvolvimento de ações de coordenação que facilitem a integração assistencial.

Outros estudos brasileiros demonstraram problemas que comprometem a condição da APS como porta de entrada preferencial do sistema e sua capacidade de ofertar uma atenção integral e coordenada, apontando que são frágeis os mecanismos de referência e contra-referência. Alguns estudos apontam que há desqualificação do trabalho do generalista e dificuldades para registro de dados clínicos, provocando barreiras de acesso aos serviços especializados, sendo que a atribuição da APS de coordenação do cuidado na rede de atenção ainda permanece como um desafio para as equipes (AQUINO et al., 2014; ALMEIDA, SANTOS, 2016; ALELUIA et al., 2017).

Portela (2017) acrescenta que os conceitos de APS estão bem definidos na literatura, entretanto, há a constatação de que seu uso é imperfeito para alguns contextos locais e há necessidade de abordagens mais consistentes e racionais, capazes de identificar os serviços de saúde que operam em sintonia com a APS e de mensurar seus atributos essenciais.

Assim, dada a relevância da temática da Hanseníase em nível internacional, da persistência da endemia no Estado de Piauí, e de modo particular na cidade de Teresina, e da importância da APS para seu manejo, é salutar a realização de estudos que avaliem o seu desempenho nas ações de controle da doença.



### 3. MÉTODO

#### 3.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo de corte transversal, com abordagem analítica, que busca avaliar o desempenho da APS no controle da hanseníase da cidade de Teresina-PI na perspectiva de usuários e profissionais dos serviços.

#### 3.2 Cenário e Participantes

A presente pesquisa foi desenvolvida nas UBS da zona urbana de Teresina-PI, com registro de casos ativos de hanseníase em tratamento nos anos de 2016 e 2017, conforme dados do SINAN, consultados na Fundação Municipal de Saúde (FMS).

Atualmente a zona urbana de Teresina possui 71 UBS e 237 equipes da ESF, distribuídas nas diferentes regiões do município (sul, leste/sudeste, e, centro/norte). Anteriormente, a gestão administrativa dessas UBS cabia às respectivas coordenadorias regionais; porém, devido a um novo processo de centralização ocorrido no ano de 2017, estas terminaram por ficar sob a responsabilidade da FMS.

A amostra foi calculada em função do intervalo de confiança de 95% e erro máximo de estimativa de  $\pm 5\%$ , utilizando-se a fórmula abaixo para cálculo de amostra para populações infinitas (TRIOLA, 1999):

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 \cdot p \cdot q}{E^2}$$

Onde:

- $n$  = Número de indivíduos na amostra;
- $Z_{\alpha/2}^2$  = Valor crítico que corresponde ao grau de confiança desejado.
- $p$  = Proporção populacional de indivíduos que pertence a categoria que estamos interessados em estudar.
- $q$  = Proporção populacional de indivíduos que não pertence à categoria que estamos interessados em estudar ( $q = 1 - p$ ).

- E = Margem de erro ou erro máximo de estimativa. Identifica a diferença máxima entre a proporção amostral e a verdadeira proporção populacional (p).

O levantamento amostral foi realizado com base em 231 casos de hanseníase em registro ativo fornecido pela FMS de Teresina a partir do banco de dados do SINAN até outubro de 2015, à época de submissão do projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, estimando-se uma amostra aproximada de 172 pacientes. Com relação aos profissionais, considerando-se a existência de um médico e um enfermeiro para cada uma das 237 equipes de saúde da família, a amostra foi calculada em 147 profissionais.

Após a aprovação da pesquisa pelos órgãos competentes, a FMS disponibilizou novamente o banco de dados com os casos em registro ativo até dezembro de 2016, revelando a existência de 423 usuários com hanseníase. Destes, foram selecionados apenas os indivíduos diagnosticados no ano de 2016, com idade igual ou superior a 18 anos, e que estavam realizando acompanhamento terapêutico nos serviços da APS.

Assim, foram excluídos 154 casos diagnosticados entre os anos de 2004 e 2015, e, 18 casos diagnosticados em 2016, que, no entanto, eram paucibacilares, e, portanto já deveriam ter sido encerrados, o que evidencia a existência de falhas no processo de vigilância epidemiológica e a necessidade do correto preenchimento e atualização do sistema. Dos 251 usuários restantes, 04 foram excluídos por terem idade inferior a 18 anos, e, 66 por estarem realizando acompanhamento terapêutico nos centros de referência. Após o preenchimento de todos os critérios, 181 usuários em potencial foram selecionados para a participação nas entrevistas, bem como puderam ser localizadas as respectivas UBS e profissionais responsáveis pelo acompanhamento terapêutico.

Porém, devido às dificuldades encontradas no decorrer desta pesquisa, a serem detalhadas mais adiante, houve a participação efetiva de 25 usuários com diagnóstico de hanseníase em acompanhamento terapêutico atual nas UBS da zona urbana e 34 profissionais de saúde de nível superior (médicos e enfermeiros) responsáveis pelo tratamento. As UBS pesquisadas corresponderam a um total de treze, apresentadas a seguir, conforme, bairro: Água Mineral (Dep. Francisca das Chagas da Trindade); Cabral (Cecy Fortes); Cidade Verde (Dr. José Ribeiro de Carvalho); Dirceu II (Carlos Alberto Cordeiro); Lourival Parente (Dr. Ozeas Sampaio); Matadouro (Dra. Karla Ivana de Melo Campos); Monte Castelo (Tânia Maria Melo Rodrigues); Noivos (Maria Dulce da Cunha Sena); Planalto Ininga (Dr. Francisco José C Sousa); Poty Velho (Dr Antônio Benício Freire e Silva); Promorar (Dr. Felipe Eulálio de Pádua); Satélite e Saci (Leônidas Antônio Deolindo).

### 3.3 Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram incluídos nesta pesquisa pacientes de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 18 anos, com diagnóstico clínico de hanseníase, cadastrados no SINAN e assistidos nas UBS da ESF da zona urbana de Teresina-PI. Para participar do estudo, os pacientes deveriam ter iniciado o tratamento há pelo menos dois meses, de forma a garantir um tempo que permitisse uma avaliação mais detalhada por parte dos usuários das ações realizadas pela UBS no que diz respeito ao manejo da hanseníase. Foram incluídos ainda na pesquisa, os profissionais de saúde médicos e enfermeiros responsáveis pelo acompanhamento terapêutico desses pacientes nas referidas unidades de saúde.

Todos os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE (ANEXO A).

Foram excluídos do estudo aqueles usuários que já houvessem recebido alta do tratamento há mais de 1 mês, para evitar possíveis vieses de memória, ou que estivessem em seguimento clínico somente por reações hansênicas e não mais pela doença em si; bem como aqueles pacientes com capacidade cognitiva prejudicada comprovada pelos profissionais. Também foram excluídos os profissionais de saúde que estivessem trabalhando nas respectivas UBS há um período inferior a 2 meses, pois entende-se que é necessário um tempo mínimo para familiarização desses profissionais com as ações realizadas na UBS e com os pacientes acompanhados.

### 3.4 Coleta dos Dados

A coleta de dados seguiu as seguintes etapas:

- 1) Pesquisa de registros ativos de casos de hanseníase no SINAN durante o mês de dezembro de 2016;
- 2) Seleção das UBS localizadas no perímetro urbano de Teresina com casos notificados de hanseníase;
- 3) Triagem dos participantes conforme os critérios de seleção estabelecidos e assinatura do TCLE;
- 4) Aplicação de questionários específicos para os usuários com hanseníase (ANEXO B).As entrevistas foram realizadas na data de agendamento da consulta para administração da dose supervisionada ou exame dermato-neurológico na UBS, e, nos casos em que isso não foi possível, através de visita domiciliar;

5) Pesquisa nos prontuários dos pacientes para informações complementares;

6) Aplicação de questionários para os profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) atuantes nas UBS (ANEXO C). As entrevistas foram realizadas nas UBS, em horário previamente agendado, de acordo com a disponibilidade dos profissionais.

Antes de ser iniciada a coleta de dados propriamente dita, um estudo prévio foi realizado durante o mês de dezembro de 2016 para que se pudesse tomar maior familiaridade com os questionários e avaliar sua aplicabilidade. Para isso foram selecionados dois profissionais de saúde (1 médico e 1 enfermeiro) e dois usuários que haviam concluído o tratamento de hanseníase em uma UBS da zona rural de Teresina. Essas entrevistas foram excluídas por não se encaixarem nos critérios estabelecidos nesta pesquisa. A aplicação do instrumento teve uma duração média de 30 minutos e foi realizada de maneira individual, em local reservado, de forma a respeitar a privacidade dos participantes.

A coleta de dados definitiva aconteceu no período de janeiro a junho de 2017. As entrevistas foram realizadas por uma equipe de cinco pessoas previamente treinadas e orientadas, segundo o manual PCATool elaborado pelo MS (BRASIL, 2010B) que descreve de forma detalhada como o entrevistador deve portar-se e conduzir as perguntas diante de cada entrevistado. Essa equipe foi constituída por uma profissional médica (responsável pela pesquisa e pelo treinamento dos demais componentes), dois estudantes do curso de medicina da Universidade Federal do Piauí-UFPI e dois estudantes do curso de enfermagem da Universidade Estadual do Piauí-UESPI.

O instrumento utilizado nesta pesquisa foi construído por Lanza (2014) em seu trabalho intitulado “Avaliação da atenção primária no controle da hanseníase: validação de instrumentos e análise do desempenho de municípios endêmicos do Estado de Minas Gerais”. Importante salientar que, a utilização do referido questionário denominado “Instrumento de avaliação do desempenho da atenção primária nas ações de controle da hanseníase” foi devidamente autorizada pela autora e sua elaboração foi pautada no referencial dos atributos da APS (STARFIELD, 2002), nas ACH preconizadas pelo MS para serem desempenhadas na APS (BRASIL, 2010B) e nas respectivas atribuições dos profissionais que são desempenhadas nesse nível de atenção. Os autores verificaram equivalência entre o instrumento original proposto por Starfield et al. (2000) e as duas versões adaptadas para o contexto brasileiro, e, dessa forma, o “Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde – PCATool Brasil” foi adotado como referencial para a elaboração dos construtos e itens do instrumento.

Vale ressaltar ainda que, o PCATool-Brasil possui originalmente 3 versões, sendo que todas encontram-se disponíveis no Manual do Instrumento no site do MS:

- **PCATool – BRASIL VERSÃO CRIANÇA.**

É composto por 55 itens divididos em 10 componentes relacionados da seguinte maneira aos atributos da APS, sendo eles:

1. Grau de Afiliação com Serviço de Saúde;
2. Acesso de Primeiro Contato-utilização;
3. Acesso de Primeiro Contato-acessibilidade;
4. Longitudinalidade;
5. Coordenação- Integração de Cuidados;
6. Coordenação - Sistema de Informações;
7. Integralidade - Serviços Disponíveis;
8. Integralidade - Serviços Prestados;
9. Orientação Familiar;
10. Orientação Comunitária;

O PCATool-Brasil versão Criança deve ser aplicado aos pais das crianças ou cuidadores destas (como avós, tios ou cuidadores legais), identificando-se o familiar/cuidador que é o maior responsável pelo cuidado à saúde da criança.

- **PCATool – BRASIL VERSÃO ADULTO.**

A versão validada do PCATool-Brasil do Adulto contém 87 itens divididos em 10 componentes relacionados aos atributos da APS, assim compostos:

1. Grau de Afiliação com Serviço de Saúde.
2. Acesso de Primeiro Contato – Utilização.
3. Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade.
4. Longitudinalidade.
5. Coordenação – Integração de Cuidados.
6. Coordenação – Sistema de Informações.
7. Integralidade – Serviços Disponíveis.
8. Integralidade – Serviços Prestados.
9. Orientação Familiar.
10. Orientação Comunitária.

- **PCATool – BRASIL VERSÃO PROFISSIONAIS.**

É composto por 77 itens divididos em 8 componentes da seguinte maneira em relação aos atributos da APS, compostos da seguinte forma:

1. Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade.
2. Longitudinalidade.
3. Coordenação – Integração de Cuidados.
4. Coordenação – Sistema de Informações.
5. Integralidade – Serviços Disponíveis.
6. Integralidade – Serviços Prestados.
7. Orientação Familiar.
8. Orientação Comunitária.

A versão para profissionais foi criada em espelho da versão PCATool Adulto, com acréscimo de itens do atributo Integralidade da versão para Criança.

O instrumento definitivo construído por Lanza (2014) após processos detalhados de validação de face e conteúdo por especialistas foi composto por 87 itens relacionados aos seguintes atributos da APS na versão usuários: essenciais (grau de afiliação, porta de entrada, acesso, atendimento continuado, integralidade dos serviços disponíveis e prestados, e coordenação); e derivados (orientação familiar e orientação comunitária). Na versão para profissionais de saúde permaneceram 76 itens relacionados aos seguintes construtos: essenciais (porta de entrada, acesso, atendimento continuado, integralidade dos serviços disponíveis e prestados, coordenação); derivados (orientação familiar, orientação comunitária e orientação profissional).

Vale ressaltar que além dos atributos da APS, constam no instrumento questões referentes ao perfil dos entrevistados, como características socioeconômicas. Para os profissionais, foram pesquisadas variáveis como, ocupação, escolaridade, tempo de serviço na UBS, participação em treinamentos sobre ACH e tempo de trabalho em APS e ACH. Já com relação aos usuários, as variáveis pesquisadas foram sexo, idade, estado civil, ocupação, renda, escolaridade, além de informações sobre a forma clínica e classificação operacional da hanseníase, tempo de tratamento e grau de incapacidade física.

Estão presentes ainda questões que permitem verificar as condutas clínicas geralmente tomadas pelos profissionais de saúde diante de casos suspeitos de hanseníase, para confirmação de diagnóstico, no acompanhamento do caso, na alta e em casos de reações hansênicas, bem como questões que verificam o conhecimento desses profissionais sobre a disponibilidade de serviços especializados voltados para pacientes com hanseníase no município.

### 3.5 Organização e Análise dos Dados

A análise dos resultados da aplicação do PCATool-Brasil baseia-se em uma escala que possui 5 opções de respostas: 1 (com certeza, não); 2 (provavelmente, não); 3 (provavelmente, sim); 4 (com certeza, sim); 9 (não sei/não lembro). Salienta-se que, quando determinado item não se aplicar à situação, atribui-se a resposta 88, que, assim como os itens com resposta 9, são considerados perdas (*missings*).

Essas respostas são consolidadas em escores que variam de 0 a 10, sendo considerado alto escore quando acima de 6,6. Os escores de Porta de entrada, Acesso de Primeiro Contato, Longitudinalidade, Coordenação e Integralidade compõem o Escore Essencial. Já os escores Orientação Familiar, Orientação Comunitária e Orientação Profissional compõem o Escore Derivado. A média de todos os atributos e seus componentes compõe o Escore Geral de APS.

Para o cálculo dos escores, realizou-se primeiramente a análise da frequência das respostas de cada item do questionário, atentando-se para o percentual de *missings* (respostas 9 e 88). Nos itens em que foram observados menos de 50% de *missings* houve a transformação do valor “9” (não sei/não lembro) para o valor “2” (provavelmente não). Essa transformação é necessária para pontuar negativamente algumas características do serviço de saúde que não são conhecidas pelo entrevistado (BRASIL, 2010B). Quando mais de 50% dos itens que formam um atributo apresentaram *missings*, não foi calculado o escore desse atributo, ficando este em branco no banco de dados. Além disso, como algumas questões do instrumento foram formuladas de maneira que quanto maior o valor (resposta) atribuído, menor a orientação para APS, precisaram ter seus valores invertidos para: (valor 4=1), (valor 3=2), (valor 2=3) e (valor 1=4).

Após esse processo, os escores para cada atributo da APS foram calculados pela média dos valores das respostas dos itens que compõem cada atributo ou seu componente. Por exemplo: o atributo “Acesso” possui nove itens, portanto, para calcular seu escore, é necessário somar os itens (D1 + D2 + D3 + D4 + D5 + D6 + D7 + D8 + D9) e dividir o resultado por 9. O escore de cada atributo representa a sua medida e extensão na atenção à saúde. Escore do Atributo Acesso:  $D1 + D2 + D3 + D4 + D5 + D6 + D7 + D8 + D9 / 9$ . Para transformar os escores de cada atributo ou componente em uma escala de 0 a 10 foi utilizada a seguinte fórmula:  $[\text{escore obtido} - 1 (\text{valor mínimo})] \times 10 / 4 (\text{valor máximo}) - 1 (\text{valor mínimo})$ .

O escore essencial da APS foi medido pela soma do escore médio dos componentes que pertencem aos atributos essenciais – porta de entrada, acesso, atendimento continuado,

integralidade dos serviços disponíveis e prestados e coordenação (mais Grau de Afiliação – no caso da versão usuários) dividido pelo número de componentes.

Escore Essencial: Soma dos Componentes dos Atributos essenciais / número de componentes

Vale ressaltar que o item grau de afiliação também apresenta uma pontuação específica. Este atributo visa identificar o serviço que serve como referência para os cuidados do adulto entrevistado, e, assim, os participantes podem indicar ou não serviços pertencentes à rede de APS, de acordo com seu maior ou menor grau de afiliação com os mesmos. Quando todas as respostas forem diferentes e indicarem serviços que não são da APS, então o grau de afiliação será baixo (igual a 1); quando todas as respostas forem diferentes mas pelo menos uma indicar um serviço da rede de APS, então o grau de afiliação corresponderá a 2; quando pelo menos duas respostas indicarem um serviço da rede de APS e forem iguais, então o grau de afiliação será 3; e quando todas as respostas forem relativas ao mesmo serviço da rede de APS, o grau de afiliação será alto (igual a 4).

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

Escore Derivado: Soma dos Componentes dos Atributos derivados / número de componentes

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

Escore Geral: Componentes dos Atributos Essenciais + Componentes dos Atributos Derivados / número total de componentes

Importante observar que, ainda de acordo com as orientações do Manual do PCATool Brasil, para cada entrevistado, quando não for possível calcular o escore em 4 ou mais componentes essenciais, o Escore Essencial da APS não deve ser calculado. Porém, quando não for possível calcular o escore somente em 3 ou menos dos componentes essenciais, deve-se calcular então a média dos componentes restantes para obter o Escore Essencial da APS. O



mesmo princípio é seguido para o cálculo do Escore Geral, onde para cada entrevistado, caso não tenha sido possível calcular o escore em 5 ou mais componentes, não se deve calcular o Escore Geral da APS; e, caso não tenha sido possível calcular o escore em 4 ou menos dos componentes, deve-se calcular a média dos componentes restantes para calcular o Escore Geral da APS.

Os dados obtidos na pesquisa foram tratados de forma descritiva e inferencial. Na análise descritiva, foram construídas tabelas de distribuição de frequências e calculadas as proporções para as variáveis categóricas. Para as variáveis numéricas foram utilizadas a mediana e a média como medidas de tendência central, e o desvio-padrão como medida de variabilidade.

Foi aplicado o teste de Kolmogorov-Smirnov (K-S) para verificar a normalidade na distribuição dos dados da população em estudo. Assim, após ser rejeitada a hipótese do padrão de normalidade, foram aplicados testes não-paramétricos como o teste U de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis e Exato de Fisher, buscando-se a existência de associação entre as variáveis do estudo com a melhor/pior percepção da qualidade da APS em hanseníase. Estimou-se significância estatística de 5% e nível de confiança de 95%.

Os dados originais foram digitados e analisados estatisticamente no programa *Statistical Package for the Social Sciences-SPSS for Windows® versão 20.0* (Chicago-USA), sendo parte do processamento também realizado no *Software R (Project for Statistical Computing)* versão 3.4.0.

### **3.6 Procedimentos Éticos**

Para o início da pesquisa, foi necessária a aprovação deste projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFPI com parecer número: 1.794.204 (ANEXO D) assim como pela Comissão de Ética da Fundação Municipal de Saúde (FMS) da Prefeitura de Teresina. Vale mencionar que durante toda a pesquisa foram observadas as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que trata da pesquisa envolvendo seres humanos. Não foram incluídos nesta pesquisa aqueles indivíduos que por questões de saúde ou escolha pessoal se recusaram ou não apresentaram condições de participar da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada através de entrevistas, portanto sem a utilização de procedimentos invasivos, apesar de poder causar constrangimentos e/ou desconforto aos participantes da pesquisa por abordar temas que abarcam a intimidade de sua saúde e

enfrentamento da patologia estudada. Por outro lado, a pesquisa poderá trazer benefícios diretos e indiretos ao possibilitar o entendimento dos determinantes de um bom/mau desempenho da APS e, conseqüentemente, a reorganização e melhoria da assistência.

## **4 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os resultados desta pesquisa são apresentados em cinco seções a seguir, sendo a primeira relativa ao perfil socioeconômico e clínico das pessoas acometidas por hanseníase participantes do estudo; a segunda referente ao perfil e condutas clínicas dos profissionais que fazem o acompanhamento das pessoas acometidas por hanseníase; a terceira trata da avaliação da qualidade da APS em hanseníase com base nas pontuações do questionário PCAtool; a quarta seção traz a comparação do desempenho da APS em hanseníase das UBS entre si; e, a última seção correlaciona as principais variáveis do estudo com as maiores e menores pontuações do PCAtool.

### **4.1 Perfil socioeconômico e clínico das pessoas acometidas por hanseníase participantes do estudo**

A análise descritiva e exploratória das características socioeconômicas dos usuários entrevistados é apresentada na tabela 01. Observou-se um perfil caracterizado por indivíduos com idade igual ou superior a 50 anos (60,0%), média de 52,56 anos (DP= 20,37 anos; Min= 18 anos; Max= 89 anos); predominantemente do sexo masculino (68,0%); casados ou em união estável (48,0%); e com baixa escolaridade, caracterizada por no máximo ensino médio incompleto (76,6%). A renda mensal familiar média foi de 2,04 salários mínimos, sendo que 12% dos entrevistados possuíam como única fonte de renda o bolsa família e 56% dessas famílias tinham renda mensal de até 2 salários mínimos. Com relação à ocupação, observou-se que a maioria era composta por aposentados (32,0%) e trabalhadores dos serviços e comércio (24,0%), conforme a Classificação Brasileira de Ocupações - CBO (2002) (ANEXO E). Importante salientar que a maioria dos entrevistados possuía moradia própria (72,0%).

A análise do perfil das pessoas acometidas por hanseníase participantes do estudo revela características comumente observadas como, baixos níveis de escolaridade e renda. Mesmo diante deste cenário socioeconômico e clínico bem conhecido, as ACH parecem não ser suficientes para conter o surgimento de casos novos e a alta prevalência na cidade de Teresina.

**Tabela 01-** Distribuição de frequência das características socioeconômicas dos pacientes em tratamento de hanseníase nas UBS da zona urbana de Teresina-PI, 2017. (n=25).

		n	%
Faixa etária (anos)	18  ---- 30	05	20,0
	30  ---- 40	03	12,0
	40  ---- 50	02	8,0
	50 ---- 60	04	16,0
	60 Anos ou mais	11	44,0
Sexo	Masculino	17	68,0
	Feminino	08	32,0
Estado civil	Solteiro	09	36,0
	Casado/União estável	12	48,0
	Divorciado/separado	01	4,0
	Viúvo	03	12,0
Escolaridade	Analfabeto	04	16,0
	Ensino Fundamental incompleto	11	44,0
	Ensino médio incompleto	04	16,0
	Ensino médio completo	03	12,0
	Ensino superior completo	03	12,0
Renda familiar (Salários Mínimos)	01	08	32,0
	02	06	24,0
	03	03	12,0
	04	02	16,0
	05 ou mais	03	12,0
	Bolsa família	03	12,0
*CBO (2002)	Estudante	01	4,0
	Do lar	03	12,0
	Autônomo	02	8,0
	Aposentado	08	32,0
	Trab. dos serviços, vendedores do comércio	06	24,0
	Trab. Da produção de bens e serviços industriais	03	12,0
	Trab. De manutenção e reparação	01	4,0
	Desempregado	01	4,0
Moradia	Própria	18	72,0
	Alugada	05	20,0
	Cedido	02	8,0
Total		25	100,0

**Fonte:** entrevista com os pacientes, 2017. Legenda: \*Classificação Brasileira de Ocupações.

Embora de uma maneira geral seja mais comum a ocorrência de hanseníase na faixa etária adulta abaixo de 60 anos, chama atenção neste trabalho a predominância de casos na terceira idade (44,0%). Acredita-se que essa alta prevalência possa ser explicada pelo

crescimento observado na população idosa geral do Brasil, sobretudo nas capitais, e pela diminuição da imunidade que ocorre nessa faixa etária. Essa hipótese é corroborada por Pelarigo (2014) quando cita que é importante manter um olhar para os casos de hanseníase na população acima de 60 anos, uma vez que no processo de envelhecimento ocorre um declínio da função imune e o idoso fica suscetível a adquirir infecções.

Araújo, Lana e Paz et al. (2015) em pesquisa que avaliou o coeficiente de detecção de casos novos de hanseníase na população idosa entre os anos de 2010 e 2014 no estado da Paraíba, encontraram índices significativos como 35,7% em 2011 e 37,7% em 2012, onde salientam que, as diferenças epidemiológicas da hanseníase em um dado território estão associadas a diferentes modos de organização espacial e social, determinando dessa forma diferentes riscos de adoecer para certos grupos sociais. De acordo com Moraes et al. (2013) a distribuição da hanseníase entre as regiões do Brasil é heterogênea, e o nordeste é uma das regiões do Brasil que se mantém há muito tempo com coeficientes elevados de detecção da hanseníase na população geral e em idosos.

Com relação às outras variáveis do perfil socioeconômico, encontrou-se similaridade de resultados em diversos outros estudos. Em pesquisa realizada por Lustosa et al. (2011), com 107 pacientes acometidos por hanseníase no município de Teresina, o perfil observado foi: de pessoas de baixa escolaridade, com 51,4% dos participantes apresentando apenas ensino fundamental incompleto; casados ou em união estável (60,7%); e trabalhadores dos serviços/vendedores do comércio (21,5%). Escórcio et al. (2015) analisaram a epidemiologia da hanseníase no período de 2006 a 2013 no estado do Piauí e encontraram predominância de casos na faixa etária entre 20 e 59 anos (64,3%), acometendo especialmente a população economicamente ativa, de baixa escolaridade, tendo a maioria dos casos (70,1%) concluído, no máximo, o ensino fundamental.

Duarte, Simonete e Ayres (2007) em estudo realizado em Botucatu-SP verificaram predominância estatisticamente significativa dos pacientes que viviam em regime de união estável (78,0%), com idade entre 30 e 49 anos (51,0%), ensino fundamental incompleto (68,0%), e média de renda familiar per capita de 1,1 salários.

Esses estudos sugerem que a baixa escolaridade está diretamente relacionada à baixa renda familiar, o que implica em condições precárias de moradia, higiene e alimentação, que por sua vez favorecem a condições ambientais adequadas ao contágio e proliferação do bacilo de Hansen em indivíduos geneticamente vulneráveis. De acordo com Imbiriba (2009) a hanseníase é fortemente relacionada com as condições de vida e pobreza, com uma tendência de concentração dos doentes em camadas da sociedade menos favorecidas.

Outro fato observado no presente estudo foi a prevalência de hanseníase no sexo masculino. Embora a literatura mostre que não há predominância da doença por sexo, alguns autores têm encontrado resultados semelhantes em suas pesquisas. Sarmento (2015) em seu estudo sobre o perfil epidemiológico da hanseníase no período de 2009 a 2013 no município de Montes Claros-MG verificou predominância de casos notificados no sexo masculino em todos os anos, exceto 2012. Martins (2009) estudando a qualidade de vida dos pacientes com hanseníase no município de Dourados-MS, e, Lustosa et al. (2011) no município de Teresina-PI, também encontraram predomínio no sexo masculino, com índices de 63,3% e 62,6%, respectivamente. Os dados mundiais apresentados pela OMS apontaram que dos 213.899 casos novos diagnosticados em 2014 no mundo todo, 64% eram homens (WHO, 2016A).

Silva et al. (2010) tentam explicar essa situação atribuindo ao maior contato social geralmente mantido entre homens e sua frequente exposição a ambientes de risco como fatores contribuintes para elevar o número de casos de hanseníase. Além disso, a menor preocupação com a estética corporal e a falta de políticas específicas para esse grupo poderia contribuir para o diagnóstico tardio (MELÃO et al, 2011).

Santos, Castro e Falqueto (2008) relatam que a dificuldade em alcançar a meta de controle da hanseníase pode estar relacionada também à própria particularidade da endemia local, uma vez que a existência de conglomerados populacionais pode sustentar os índices de transmissão em níveis elevados, assim como os hábitos de vida estabelecidos em cada território, as condições sanitárias e econômicas capazes de contribuir para persistência do agravo. De modo geral, o estudo de perfil verificado em vários trabalhos remete para um grupo de risco retratado no adulto jovem pobre, que relata outro caso de hanseníase em seu lar e que, quanto mais íntimo e prolongado é o contato, maior a possibilidade de transmissão da hanseníase (LUSTOSA et al. 2011; DURAES et al., 2005).

Com relação à situação ocupacional, observou-se que grande parcela dos participantes do estudo foi constituída por indivíduos funcionalmente ativos (48%) e por aposentados (32%). Pesquisa realizada por Duarte, Simonete e Ayres (2007) mostrou que 84% dos pacientes estudados eram da fase economicamente produtiva da vida (15-59 anos). Goulart et al. (2002) em uma pesquisa com 184 pacientes em um centro de referência de Uberlândia-MG e encontraram resultados semelhantes, com 71% dos pacientes na faixa etária de 15-54 anos.

As informações encontradas na literatura apontam a hanseníase como uma patologia com alto potencial incapacitante, o que interfere drasticamente no trabalho e na vida social do paciente, acarretando perdas econômicas e traumas psicológicos (AQUINO et al, 2003; DUARTE, SIMONETI E AYRES, 2007).

As características clínicas dos participantes do estudo são apresentadas na tabela 02, onde é possível observar uma alta prevalência dos casos multibacilares (80,0%) e predominância das formas clínicas mais graves da hanseníase (Virchowiana= 24,0% e Dimorfa= 56,0%). Com relação ao esquema de tratamento, verificou-se que 76,0% dos participantes utilizaram esquema de PQT/MB, 20,0% PQT/PB e 4,0% utilizaram esquema alternativo de tratamento, em função de reações medicamentosas. O tempo de tratamento realizado pelos entrevistados foi predominantemente de seis a doze meses (80,0%).

**Tabela 02-** Distribuição de frequência das características clínicas dos pacientes em tratamento de hanseníase nas UBS da zona urbana de Teresina-PI, 2017. (n=25)

		n	%
Classificação operacional	Paucibacilar	5	20,0
	Multibacilar	20	80,0
Esquema de tratamento	PQT/PB	05	20,0
	PQT/MB	19	76,0
	Outros esquemas substitutivos	01	4,0
Forma clínica da hanseníase	Indeterminada	01	4,0
	Tuberculóide	04	16,0
	Dimorfa	14	56,0
	Virchowiana	06	24,0
Grau de incapacidade no diagnóstico	Zero	14	56,0
	Um	04	16,0
	Dois	02	8,0
	Não avaliado	05	20,0
Modo de detecção de caso novo	Encaminhamento	14	56,0
	Demanda espontânea	10	40,0
	Exame de contatos	01	4,0
Baciloscopia	Positiva	05	20,0
	Negativa	05	20,0
	Não realizada	15	60,0
Tempo de tratamento (meses)	02  ---- 06	11	44,0
	06  ---- 12	14	66,0
Reações Hansênicas	Sim	08	32,0
	Não	17	68,0
Total		25	100,0

**Fonte:** entrevista com os pacientes, 2017.

Os dados globais da OMS sobre a eliminação da hanseníase mostram que 61,0% dos casos notificados no mundo em 2014 eram multibacilares, revelando preocupação com os pacientes que apresentam algum grau de incapacidade e com a alta proporção de casos multibacilares, pois indicam atraso na detecção na comunidade (WHO, 2016B).

Brito et al. (2016) estudando a tendência temporal da hanseníase no município de Fortaleza-CE, no período de 2001 a 2012 encontraram crescentes proporções de casos multibacilares a partir de 2005 até 2012 e, dentre eles, de casos virchowianos a partir de 2004 até 2012. Houve ainda estabilidade na proporção de casos com grau 1 e grau 2 de incapacidade. Freitas, Cortela e Ferreira (2017) em pesquisa semelhante desenvolvida no estado do Mato Grosso, avaliando o período de 2001 a 2013, observaram incremento de 6,7% na proporção dos casos multibacilares, 9,4% nos casos com forma clínica dimorfa e de 14,0% nos casos com incapacidade física grau 2 no momento do diagnóstico da doença. Isso mostra que, assim como foi observado no presente estudo, a dinâmica de transmissão da doença vem se mantendo nos locais avaliados, além de sinalizar para a ocorrência do diagnóstico tardio.

Ainda com base na tabela 02, vale ressaltar que percentagem importante dos participantes apresentaram episódios reacionais durante o tratamento (32,0%). Os episódios reacionais são parte importante das manifestações clínicas da hanseníase e estão intimamente relacionadas com o estabelecimento de incapacidades e sequelas, portanto, o monitoramento das reações com a avaliação periódica do grau de incapacidade são elementos imprescindíveis ao profissional da APS que trabalha com ACH (SILVA SOBRINHO et al., 2007).

No que se refere ao grau de incapacidade física no diagnóstico, observou-se que 24,0% dos participantes do estudo já apresentavam algum grau de incapacidade (16,0% grau I e 8,0% Grau II), sendo importante destacar que em 20,0% dos pacientes não foi realizada essa avaliação (tabela 02). A presença de casos com grau II de incapacidade nesse estudo, aliada ao alto percentual de casos multibacilares indica que a força da endemia na cidade de Teresina ainda é relevante, sugerindo alta carga de bacilos circulante e o diagnóstico tardio.

O longo e assintomático período de incubação da doença e seus sintomas insidiosos, associados ao despreparo técnico dos profissionais de saúde, podem levar a dificuldades diagnósticas nos casos iniciais e mesmo nos mais avançados. Assim, o grande percentual de pacientes com grau de incapacidade instalada no momento do diagnóstico reforça a hipótese de que existe uma grande prevalência oculta que, além da questão das deformidades e estigmatização dos pacientes, influi na manutenção da cadeia de transmissão (ALVES, 2010).

O MS recomenda o uso dos indicadores epidemiológicos para monitoramento e avaliação da endemia, sendo recentemente ressaltada a importância da avaliação do



coeficiente de detecção em menores de 15 anos e proporção de casos diagnosticados com grau 2 de incapacidade. Considera-se que uma proporção de casos diagnosticados com grau II de incapacidade igual ou acima de 10,0% é considerada alta, entre 5,0 e 9,99%, média, e menor do que 5,0% como baixa (GRACIE et al., 2017).

Na tabela 03 observa-se a comparação entre variáveis clínicas e o sexo dos pacientes atendidos nas UBS da zona urbana de Teresina. A análise estatística do cruzamento dessas variáveis apresentou significância para o grau II de incapacidade física prevalente no sexo masculino, enquanto que o grau I de incapacidade física prevaleceu no sexo feminino (Teste exato de Fisher,  $p=0,014$ ).

**Tabela 03-** Comparação entre variáveis clínicas e o sexo dos pacientes atendidos nas UBS da zona urbana de Teresina-PI, 2017.

Variável	Feminino		Masculino		p-valor
	n	%	n	%	
<b>Forma Clínica</b>					
Dimorfa	03	21,4	11	78,6	0,348
Tuberculóide	02	50,0	02	50,0	
Virchowiana	03	50,0	03	50,0	
<b>Reações Hansênicas</b>					
Não	05	29,4	12	70,6	0,704
Sim	03	37,5	05	62,5	
<b>Deteção de caso novo</b>					
Demanda espontânea	02	20,0	08	80,0	0,262
Encaminhamento	05	35,7	09	64,3	
Exame de contato	01	100,0	00	0,0	
<b>Grau de incapacidade no diagnóstico</b>					
Grau 0	03	23,1	10	76,9	<b>0,014</b>
Grau 1	04	100,0	00	0,0	
Grau 2	00	0,0	03	100,0	
Não avaliado	01	20,0	04	80,0	
<b>Classificação operacional</b>					
Multibacilar	06	30,0	14	70,0	0,654
Paucibacilar	02	40,0	03	60,0	
<b>Baciloscopia</b>					
Não fez	04	26,7	11	73,3	0,48
Negativa	03	60,0	02	40,0	
Positiva	01	20,0	04	80,0	

**Fonte:** entrevista com os pacientes, 2017. **Legenda:** Teste Exato de Fisher ( $p<0,05$ ).

Alves et al. (2010) realizaram um estudo com 167 pacientes em um serviço de dermatologia do estado de São Paulo para investigação do grau de incapacidade no momento do diagnóstico e verificaram que a maioria (60,0%) dos pacientes apresentava incapacidade física, sendo que 34,0% dos pacientes apresentaram grau I de incapacidade e 26,0% grau II; entretanto, vale ressaltar que o serviço pesquisado é referência. Os autores relataram haver relação direta entre a duração da doença e o grau de incapacidade no diagnóstico.

Nesta pesquisa, o modo de detecção de caso novo de hanseníase ocorreu em 56,0% dos casos através de encaminhamento, 40,0% por demanda espontânea e apenas 4,0% através de exame de contatos (tabela 02). Com relação ao item número de contatos registrados e examinados, verificou-se que o somatório dos contatos de todos os participantes do estudo foi de 98 pessoas; entretanto, o exame foi realizado somente em 55 desses potenciais infectados por hanseníase (56,1%). Por fim, a baciloscopia não foi realizada em 60,0% dos entrevistados, sendo positiva em 50,0% dos casos realizados.

É possível concluir com base nessas informações que ainda existe uma grande procura por parte dos usuários pelos serviços especializados de referência, visto que a principal forma de detecção de caso novo observada foi por meio de encaminhamento por outros serviços e não por demanda espontânea à UBS, ou através da busca ativa, sendo observado que apenas 01 paciente entrevistado foi diagnosticado por exame de contato. Assim, observa-se que há baixa cobertura do exame de contatos de pacientes com hanseníase (o que contribui para a perpetuação da cadeia de transmissão da doença no município) além de número reduzido de solicitações de exames de baciloscopia.

Em estudo qualitativo realizado por Sampaio et al. (2009) sobre a avaliação do Programa de Controle da Hanseníase por profissionais de saúde dos Estados do Pará e Maranhão, foi verificado que as principais causas apontadas pelos participantes para a baixa cobertura de contatos eram: o fato de o paciente muitas vezes não dar informações corretas de endereço; em outros casos o paciente procurar diretamente a rede de atenção especializada (centros de referência) deixando a atenção básica sem condições de registrar os contatos; o fato de muitos profissionais só focalizarem os agravos agudos; além da falta de articulação entre os diversos serviços do sistema de saúde.

O MS salienta que a UBS é a porta de entrada para todo e qualquer paciente, com suspeita ou não de hanseníase, cabendo aos profissionais dessa unidade acolher, identificar e quando possível coletar as amostras dos casos indicados, para que não se perca a oportunidade da detecção e do rastreamento de novos casos. Recomenda ainda que a baciloscopia de esfregaço intradérmico seja solicitada pelo médico da unidade básica, prioritariamente, nas

seguintes situações: em caso de dúvida na classificação operacional para instituição da PQT; no diagnóstico diferencial com outras doenças dermatoneurológicas; e em casos suspeitos de recidiva (BRASIL, 2010C). Vale ressaltar que, a baciloscopia negativa por si só, não exclui o diagnóstico de hanseníase.

#### **4.2 Perfil e condutas clínicas dos profissionais que fazem o acompanhamento das pessoas acometidas por hanseníase**

A tabela 04 apresenta o perfil dos profissionais que realizam o acompanhamento clínico das pessoas acometidas por hanseníase nas UBS da zona urbana de Teresina-PI. Este grupo foi composto por enfermeiros (55,9%) e médicos (44,1%), sendo que em ambas as classes profissionais observou-se elevado índice de pós-graduação (94,1%). Com relação à experiência profissional na APS e nas ACH, verificou-se que o grupo possui vasto período de atuação na área: o tempo de trabalho nas UBS pesquisadas foi elevado para a maioria dos profissionais, que geralmente trabalham há cinco anos ou mais nas unidades (64,7%), com média de 7,9 anos (DP= 5,6 anos; Min= 02 meses; Max= 18 anos); o tempo de trabalho em APS é notadamente elevado, uma vez que a média é de 15,1 anos (DP= 6,9 anos; Min= 02 meses; Max= 36 anos), e 85,3% dos entrevistados trabalham há dez anos ou mais nesse nível de atenção; e, com relação ao tempo de trabalho nas ACH, também se observa experiência relevante, onde 82,3% dos entrevistados trabalham com essas ações há 10 anos ou mais, com tempo médio de 14,2 anos (DP= 6,4 anos; Min= 02 meses; Max= 30 anos).

Segundo Leão e Caldeira (2011) as atribuições da equipe de saúde da família são múltiplas e complexas, exigindo dos profissionais de saúde conhecimentos específicos desta área, sendo observada maior efetividade dos serviços nas equipes com residência em medicina de família e comunidade e da residência multiprofissional em saúde da família, o que pode ser atribuído à formação de profissionais mais voltados para o desempenho das funções cotidianas da atenção primária.

A quantidade de treinamentos em ACH também consta na tabela 04, sendo possível verificar que 70,5% dos profissionais participantes do estudo se enquadram no grupo que possui de 01 até 05 treinamentos, com média de 3,8 treinamentos específicos.

**Tabela 04-** Distribuição de frequência do perfil dos profissionais que fazem o acompanhamento das pessoas acometidas por hanseníase nas UBS da zona urbana de Teresina-PI, 2017. (n=34)

		N	%
Ocupação	Médico	15	44,1
	Enfermeiro	19	55,9
Pós-Graduação	Sim	32	94,1
	Não	02	5,9
Tempo na UBS (em anos)	00  ---- 05	12	35,3
	05  ---- 10	06	17,6
	10 anos ou mais	16	47,1
Tempo de trabalho na APS	00  ---- 10	05	14,7
	10  ---- 20	23	67,6
	20 anos ou mais	06	17,7
Nº de treinamentos em ACH	Nenhum	01	2,9
	01  ---- 05	24	70,5
	05 ou mais	09	26,6
Tempo nas ACH (em anos)	00  ---- 10	06	17,7
	10  ---- 20	22	64,6
	20 anos ou mais	06	17,7
Total		34	100,0

**Fonte:** entrevista com os profissionais, 2017.

Percebe-se pela análise dos dados que os profissionais de saúde entrevistados apresentam de uma maneira geral larga experiência tanto na APS como nas ACH. No entanto isso parece ser insuficiente para controle da doença no município.

Sampaio et al. (2009) enfatizam em seu estudo que, embora o MS promova capacitações frequentes relacionadas ao Programa de Controle da Hanseníase, e que a maioria dos profissionais de saúde participe desses eventos e os considerem como de boa qualidade, o que se observa muitas vezes é a falta de compromisso na implementação efetiva do que foi aprendido. Outro problema é a existência de alta rotatividade de profissionais das UBS, principalmente médicos, fator que compromete a regularidade na implementação das ACH. Salienta-se ainda a necessidade de maior comprometimento da gestão, cabendo a ela acompanhar, avaliar e cobrar ações efetivas dos profissionais capacitados em sua esfera de

atuação, além de garantir a integralidade do sistema, viabilizando as ações do programa em todas as unidades de saúde.

Os treinamentos deveriam aumentar o conhecimento dos profissionais sobre a patologia, para que fossem capazes de diagnosticar, tratar, prevenir incapacidades físicas, e principalmente, evitar o surgimento das formas mais graves da doença. Porém, há necessidade da continuação da educação permanente junto aos profissionais da atenção básica, com enfoque em hanseníase, considerando-se sua importância para a saúde pública brasileira, o que demanda bons treinamentos e conscientização (MORENO, ENDERS, SIMPSON, 2008).

A tabela 5 mostra os serviços de referência da atenção à hanseníase no município de Teresina, segundo informações fornecidas pelos profissionais de saúde entrevistados. Foi possível verificar que a maioria dos profissionais (85,3%) cita a UBS como sendo o serviço procurado pelos usuários quando do aparecimento dos primeiros sinais e sintomas da hanseníase, bem como sendo o local geralmente responsável pelo acompanhamento dos casos (97,1%), embora, tenha sido verificado que 56,0% dos pacientes desse estudo tenham sido diagnosticados por outros serviços. Vale ressaltar que quando se trata da realização do diagnóstico e local onde os pacientes são atendidos em caso de reações ou neurites, parcela considerável dos profissionais participantes coloca os serviços especializados de referência, como Hospital Getúlio Vargas (HGV) ou Centro Maria Imaculada (CMI) como sendo responsáveis por essas ações.

Dados do MS revelam que há cobertura de mais de 90% das UBS do país com ACH implantadas, representando esses cenários da APS o lócus privilegiado para o alcance do efetivo controle (BRASIL, 2008). Entretanto, em termos do oferecimento de diagnóstico e tratamento, ainda há problemas na cobertura, o que mostra a necessidade de ampliar essas ações junto às equipes da ESF. Da mesma forma, reconhece-se que a maioria dessas unidades não oferece cuidados de prevenção e reabilitação adequados, que incorporem o momento do pós-alta (BARBOSA, 2009).

De acordo com a percepção dos profissionais de saúde participantes do estudo de Sampaio et al. (2009) o diagnóstico de hanseníase ainda não está descentralizado ou integrado nos diferentes níveis de complexidade do SUS, isto é, não tem sido realizado em todas as unidades de saúde. Observa-se que, quando o paciente chega à unidade, seja com suspeita de hanseníase, ou já com reações/recidivas, ou se há alguma dúvida em relação ao diagnóstico, ele é geralmente encaminhado para a referência.

**Tabela 05-** Distribuição de frequência das informações sobre a atenção à hanseníase no município obtida através de entrevista com profissionais de saúde que acompanham casos de hanseníase nas UBS da zona urbana de Teresina-PI, 2017. (n=34)

		n	%
Serviço que os usuários procuram quando apresentam sinais e sintomas	UBS	29	85,3
	HGV	01	2,9
	M <sup>a</sup> Imaculada	01	2,9
	UBS e HGV	02	5,9
	Setor privado	01	2,9
Serviços que realizam o diagnóstico de hanseníase	UBS	22	64,7
	HGV	08	23,5
	UBS e HGV	02	5,9
	M <sup>a</sup> Imaculada	02	5,9
Serviço responsável pelo acompanhamento do caso de hanseníase	UBS	33	97,1
	UBS e HGV	01	2,9
Serviço onde são atendidos ou encaminhados em casos de neurite, reação medicamentosa e reação hansênica	HGV	16	47,1
	M <sup>a</sup> Imaculada	11	32,3
	UBS	03	8,8
	UBS e HGV	04	11,8
Total		34	100,0

**Fonte:** entrevista com os profissionais, 2017.

O conhecimento dos profissionais entrevistados a respeito da disponibilidade de serviços especializados em hanseníase no município é apresentado na tabela 06. Foi possível observar que, com exceção da fisioterapia (94,1%) e dos ambulatórios de referência (100,0%), há no geral desconhecimento desses profissionais sobre os demais serviços especializados disponíveis no município, fato que preocupa, uma vez que são profissionais teoricamente experientes nas ACH e na APS.

Os dois principais serviços de referência para o acompanhamento de pacientes com hanseníase no município de Teresina são o Centro Maria Imaculada (CMI) e o Ambulatório de Dermatologia do Hospital Getúlio Vargas (HGV). O CMI conta com uma equipe multidisciplinar de profissionais nas áreas de dermatologia, enfermagem, psicologia, fisioterapia, terapia ocupacional e serviço social, além de disponibilizar serviços de confecção de palmilhas. Já o Ambulatório de Dermatologia do HGV possui somente profissionais das áreas de dermatologia, enfermagem, fisioterapia e terapia ocupacional. Nenhum dos centros conta com oftalmologistas, neurologistas ou ortopedistas em suas equipes, porém, no HGV (por se tratar de um hospital de grande porte com múltiplas especialidades) o que acontece em

algumas situações é a solicitação de um parecer desses profissionais para os casos mais graves de hanseníase do ambulatório.

**Tabela 06-** Distribuição de frequência dos serviços especializados disponíveis no município conforme o conhecimento dos profissionais de saúde que acompanham casos de hanseníase nas UBS da zona urbana de Teresina-PI, 2017. (n=34)

		n	%
Confecção de calçados e palmilhas	Sim	18	52,9
	Não	16	47,1
Psicologia	Sim	24	70,6
	Não	10	29,4
Fisioterapia	Sim	32	94,1
	Não	02	5,9
Terapia ocupacional	Sim	20	58,8
	Não	14	41,2
Serviço social	Sim	28	82,4
	Não	06	17,6
Oftalmologia	Sim	22	64,7
	Não	12	35,3
Neurologia	Sim	21	61,8
	Não	13	38,2
Ortopedia	Sim	22	64,7
	Não	12	35,3
Ambulatório de referência para hanseníase	Sim	34	100,0
	Não	-	-
Total		34	100,0

**Fonte:** entrevista com os profissionais, 2017.

Para prevenir complicações e reabilitar as pessoas atingidas pela hanseníase, estão incluídas ações de autocuidado, cirurgias reconstrutoras e de descompressão neural, confecção de órteses e próteses, conforme necessidade, terapia ocupacional, fisioterapia, treinamento vocacional, aconselhamento e advocacia (ANDRADE et al., 2007; ALENCAR et al., 2008). É recomendado que cada Estado tenha referência para reabilitação física, com equipe multidisciplinar capacitada, oferta de procedimentos especializados e que conte com um sistema de referência e contrarreferência formal e funcional (BRASIL, 2008).

Isso mostra que ainda existe uma deficiência nos serviços disponíveis para o tratamento de pacientes com hanseníase no município de Teresina, com falta de algumas especialidades nos centros de referência. Por outro lado, não existe grande divulgação sobre o funcionamento da rede assistencial de saúde e dos serviços disponibilizados no município, o que contribui para o desconhecimento observado por grande parte dos profissionais entrevistados. Portanto, faz-se necessário que políticas públicas sejam implementadas no sentido de ampliar a assistência aos pacientes com hanseníase, além de promover maior divulgação dos serviços disponíveis atualmente no município. Assim, através do oferecimento de serviços de qualidade com múltiplas especialidades atuando de forma integrada entre si, esses pacientes poderão também ser tratados em sua totalidade, considerando-se suas diferentes necessidades.

A intervenção na propagação da hanseníase e suas consequências, consubstanciada em políticas públicas modernas, envolve todas as formas de prevenção consideradas em saúde pública, mediante abordagem populacional e em grupos de alto risco. Estas, não mais tomadas de forma programática isolada, mas no contexto do cuidado integral à saúde, tendo como porta de entrada a APS (BRASIL, 2010A).

Sendo a hanseníase uma doença infecciosa crônica e de alto potencial incapacitante, pode apresentar complicações que exigem acompanhamento permanente de serviços especializados na rede de saúde, mesmo anos após a cura da doença. Ou seja, os casos multibacilares e casos com graus variados de incapacidades físicas justificam a sua inclusão em uma condição crônica, o que implica a previsão de demandas para a rede de cuidados em saúde, com atribuições para cada esfera de atenção do SUS (OLIVEIRA, 2014).

A conduta dos profissionais entrevistados desde a suspeita do caso de hanseníase, passando pela confirmação diagnóstica, acompanhamento do caso, alta do PQT até o manejo de reações hansênicas é apresentada nas tabelas de número 07 a 11. A análise geral dos dados permite verificar que apesar da vasta experiência profissional dos entrevistados nas ACH, observa-se que muitas condutas essenciais ao manejo da hanseníase não são colocadas em prática.

A tabela 07 apresenta as condutas de médicos e enfermeiros no atendimento de casos suspeitos de hanseníase. Aspectos básicos do atendimento como anamnese e exame físico geral são realizados por quase todos os profissionais (97,16%), embora não tenham sido verificados aspectos qualitativos dessas condutas; entretanto, testes e condutas mais específicas para avaliação de lesões e grau de incapacidade física têm sido ignorados por parcela importante destes profissionais: Teste de Sensibilidade (TS) com estesiômetro



(29,4%), TS tátil (20,6%), TS térmica (23,5%), TS dolorosa com alfinete (35,3%), palpação de nervos periféricos (17,8%), entre outros. Este tipo de conduta preocupa porque implica na subnotificação de lesões e sequelas da hanseníase, de modo a provocar o agravamento do caso.

Os profissionais de saúde devem ter, sempre, uma atitude de vigilância em relação ao potencial incapacitante da doença, causado pelo comprometimento dos nervos periféricos. Por isso é muito importante que a avaliação neurológica da pessoa com hanseníase seja feita com frequência para que possam precocemente ser tomadas as medidas adequadas de prevenção e tratamento de incapacidades físicas. Assim sendo, a avaliação neurológica deve ser realizada no processo de diagnóstico, semestralmente e na alta do tratamento, na ocorrência de neurites e reações ou quando houver suspeita das mesmas, durante ou após o tratamento PQT e sempre que houver queixas (BRASIL, 2001).

O teste de sensibilidade é de execução simples podendo ser utilizado em todo ambulatório e consultório médico. Vários instrumentos podem ser usados para a pesquisa da sensibilidade cutânea em suas três modalidades: térmica, dolorosa e tátil. A sensibilidade térmica pode ser testada tocando-se a pele com tubos de ensaio contendo água fria (temperatura em torno de 25°C) e quente (temperatura entre 37 a 45°C). A sensibilidade dolorosa pode ser pesquisada com alfinete ou agulha de injeção descartáveis e esterilizados, devendo o paciente identificar se é a ponta ou o fundo da agulha ou alfinete que está tocando a sua pele. Testa-se a percepção da ponta que causa dor, e da cabeça que provoca o estímulo proprioceptivo. A sensibilidade tátil pode ser avaliada tocando-se as lesões levemente com uma mecha de algodão seco, solicitando ao paciente que aponte a área tocada (BRASIL, 2002; RODRIGUES et al, 2012).

A estesiometria de lesões cutâneas sugestivas de hanseníase e de áreas da pele para detecção de lesão neural, com os monofilamentos de Semmes-Weinstein, tem sido utilizada em serviços de atenção primária e centros de referência. É um método quantitativo, de fácil aplicação, seguro, de baixo custo, com grande sensibilidade, especificidade e reprodutividade, quando comparado a outros métodos eletrofisiológicos. O estesiômetro disponível no Brasil é composto por seis monofilamentos, que exercem sobre a pele pesos equivalentes a 0,05 gramas (verde); 0,2 gramas (azul); 2 gramas (violeta); 4 gramas (vermelho escuro); 10 gramas (laranja) e 300 gramas (vermelho magenta) (BRASIL, 2008; RODRIGUES JÚNIOR, GRESTA, 2013).

**Tabela 07-** Distribuição de frequência das condutas clínicas de médicos e enfermeiros no atendimento de um caso suspeito de hanseníase nas UBS da zona urbana de Teresina-PI, 2017. (n=34)

		n	%
Anamnese	Sim	33	97,16
	Não	01	2,9
Exame Físico Geral	Sim	33	97,16
	Não	01	2,9
TS Estesiômetro	Sim	24	70,6
	Não	10	29,4
TS tátil	Sim	27	79,4
	Não	07	20,6
TS térmica	Sim	26	76,5
	Não	08	23,5
TS Dolorosa com alfinete	Sim	22	64,7
	Não	12	35,3
Palpação de nervos periféricos	Sim	30	88,2
	Não	04	17,8
Avaliação da força motora	Sim	30	88,2
	Não	04	17,8
TS Mãos	Sim	29	85,3
	Não	05	14,7
TS pés	Sim	29	85,3
	Não	05	14,7
TS olhos	Sim	27	79,4
	Não	07	20,6
Orientações Gerais	Sim	32	94,1
	Não	02	5,9
Total		34	100,0

**Fonte:** entrevista com os profissionais, 2017.

A conduta clínica específica dos médicos das UBS pesquisadas para a confirmação do diagnóstico de hanseníase é apresentada na tabela 08. É possível verificar que de uma maneira geral, os profissionais médicos relatam um padrão de atendimento semelhante ao feito diante dos casos suspeitos, sendo que 100% dos entrevistados relatam que são realizados de rotina, além de anamnese e exame físico geral: preenchimento da ficha de notificação SINAN;

administração da dose supervisionada PQT; orientações sobre a hanseníase; orientações sobre os exames de contatos; solicitação de exames laboratoriais.

**Tabela 08-** Distribuição de frequência das condutas clínicas dos médicos para confirmação do diagnóstico de hanseníase nas UBS da zona urbana de Teresina-PI, 2017. (n=15)

		n	%
Anamnese	Sim	15	100,0
Exame Físico Geral	Sim	15	100,0
TS Estesiômetro	Sim	11	73,3
	Não	04	26,7
TS tátil	Sim	13	86,6
	Não	02	13,4
TS térmica	Sim	13	86,6
	Não	02	13,4
TS Dolorosa com alfinete	Sim	11	73,3
	Não	04	26,7
Palpação de nervos periféricos	Sim	14	93,3
	Não	01	6,7
TS pés Avaliação da força motora	Sim	14	93,3
	Sim	14	93,3
	Não	01	6,7
TS Mãos	Sim	14	93,3
	Não	01	6,7
TS olhos	Sim	11	73,3
	Não	04	26,7
Preenchimento da ficha de notificação SINAN	Sim	15	100
Administração da dose supervisionada PQT	Sim	14	93,3
	Não	01	6,7
Orientações sobre a hanseníase	Sim	15	100,0
Orientações sobre os exames de contatos	Sim	15	100,0
Avaliação da acuidade visual	Sim	11	73,3
	Não	04	26,7
Determinação do grau de incapacidade física	Sim	14	93,3
	Não	01	6,7

**Tabela 08**-Distribuição de frequência das condutas clínicas dos médicos para confirmação do diagnóstico de hanseníase nas UBS da zona urbana de Teresina-PI, 2017. (n= 15)

(Continuação)			
Solicitação de baciloscopia	Sim	14	93,3
	Não	01	6,7
Solicitação de exames laboratoriais	Sim	15	100,0
Total		15	100,0

**Fonte:** entrevista com os profissionais médicos, 2017.

Com relação às demais variáveis presentes na tabela 08, chama a atenção o percentual de profissionais que não realiza condutas clínicas importantes conforme as orientações do MS para as competências dos profissionais médicos na APS: Os TS com estesiômetro (26,7%), tátil (13,4%), térmica (13,4%), dolorosa com alfinete (26,7%); determinação do grau de incapacidade física (6,7%); TS dos olhos (26,7 %); avaliação da acuidade visual (26,7%); e solicitação de baciloscopia (6,7%).

Vale destacar nesta parte dos resultados, que muitos aspectos se repetem na apresentação dos dados, uma vez que o instrumento apresenta as mesmas perguntas, variando apenas se a conduta clínica dos profissionais é realizada no diagnóstico, no acompanhamento do caso clínico, na alta do paciente ou no caso de surgimento de reações hanseníase. Desta forma, como não foi possível encontrar na literatura trabalhos sobre as condutas clínicas em diferentes momentos da evolução do caso de hanseníase, a discussão segue dando prioridade para os aspectos mais relevantes encontrados nos estudos e referências encontrados.

De acordo com o MS, a inspeção dos olhos é parte importante do exame do paciente com hanseníase e objetiva verificar os sinais e sintomas decorrentes da presença do bacilo e do comprometimento dos nervos que inervam os olhos. Consiste em perguntar ao indivíduo sobre a presença de prurido, ardor, visão turva, ressecamento, lacrimejamento ou outros sintomas. Deve ser verificado se existem nódulos, infiltrações, secreção, vermelhidão (hiperemia), ausência de sobrancelhas (madarose), cílios invertidos (triquíase), eversão (ectrópio) e desabamento da pálpebra inferior (lagofalmo), ou opacidade da córnea. Ainda deve ser verificado se há alteração no contorno, tamanho e reação das pupilas, e se o fundo das mesmas apresenta-se preto ou esbranquiçado (BRASIL, 2001).

O TS dos olhos e a avaliação da acuidade visual provavelmente deixam de ser realizados em alguns casos na atenção básica, pelo fato de os profissionais considerarem que esta é uma avaliação especializada, transferindo para o oftalmologista a responsabilidade por sua realização. No entanto, essa também é uma atribuição dos profissionais da APS para o

manejo do paciente com hanseníase e deve ser feita periodicamente visando prevenir complicações oculares como perda de visão.

Embora se observe grande envolvimento ocular em pacientes com hanseníase no Brasil, os serviços em que a avaliação ocular faz parte da rotina do controle desses pacientes ainda não são a maioria. Grave perda de visão ou cegueira tem um peso maior para o paciente com hanseníase, em decorrência das alterações de sensibilidade que ocorrem nas mãos e pés, o que os torna mais suscetíveis a queimaduras ou outros traumatismos e, portanto, mais dependentes de uma boa visão. Assim, extrema atenção deve ser dada à prevenção ocular na hanseníase (VIETH, SALOTTI, 1997).

Com relação à solicitação da baciloscopia, observa-se que houve uma discrepância entre as informações encontradas nos prontuários dos pacientes e a fala dos profissionais médicos, uma vez que, conforme descrito em tabela anterior, esse exame não foi solicitado para 60% dos pacientes, mas somente 6,7% dos médicos entrevistados relataram não pedi-lo. Sarmiento (2015) verificou que em uma série temporal de 2009-2013 houve aumento na solicitação anual das baciloscopias, fato que vai em sentido oposto aos achados desse estudo, pois, aparentemente não há uma razão que explique a não realização deste exame atualmente, já que ele é disponibilizado no município. Teixeira et al. (2010) defendem que a baciloscopia é um exame que integra o arsenal diagnóstico da hanseníase e é acessível, mesmo em países de baixa renda e em desenvolvimento, devendo ser solicitada para auxiliar na investigação.

A conduta clínica dos médicos entrevistados para o acompanhamento do caso confirmado de hanseníase é apresentando na tabela 09. Nesse sentido, 100,0% dos profissionais relatam realizar as seguintes condutas: atendimento mensal para avaliação do estado de saúde e dose supervisionada de PQT; aconselhamento sobre o uso de PQT e efeitos adversos; orientações de retorno à UBS em caso de reações hansênicas; e, avaliação dos contatos domiciliares.

Destaca-se o fato de alguns profissionais não realizarem ou indicarem os seguintes procedimentos para acompanhamento dos casos: orientações sobre as práticas de autocuidado para prevenção de incapacidades (6,7%); avaliação neurológica trimestral de rotina (53,3%); aplicação de BCG para contatos domiciliares quando necessário (6,7%).

**Tabela 09-** Distribuição de frequência das condutas clínicas dos médicos entrevistados para o acompanhamento do caso de hanseníase nas UBS da zona urbana de Teresina-PI, 2017.(n=15)

		n	%
Consulta mensal para avaliação do estado de saúde e dose supervisionada	Sim	15	100,0
Aconselhamento sobre o uso PQT e efeitos adversos	Sim	15	100,0
Orientações do autocuidado para prevenção de incapacidades	Sim	14	93,3
	Não	01	6,7
Orientações de retorno à UBS em caso de reações hansênicas	Sim	15	100,0
Avaliação neurológica trimestral de rotina	Sim	07	46,7
	Não	08	53,3
Avaliação dos contatos domiciliares	Sim	15	100,0
Indicação de BCG para contatos domiciliares	Sim	14	93,3
	Não	01	6,7
<b>Total</b>		<b>15</b>	<b>100,0</b>

**Fonte:** entrevista com os profissionais médicos, 2017.

O direito à informação é fundamental no processo de prevenção de deformidades e incapacidades associadas à hanseníase. As pessoas com história de reação, neurites ou com grau de incapacidade 1 e/ou 2 no diagnóstico apresentam maior risco de desenvolver essas complicações e, portanto, necessitam aprender a realizar práticas diárias de autocuidados individualmente ou em grupos de ajuda mútua, como sua parcela de comprometimento no processo de prevenção. As dificuldades que os pacientes enfrentam podem ser identificadas mediante o uso das fichas de avaliação de incapacidade, avaliação neurológica simplificada e triagem, usando-se a Escala de Participação e SALSA na unidade básica. Recomenda-se a aplicação desses questionários no início do tratamento, na alta da PQT e no acompanhamento pós-alta quando necessário (BRASIL, 2008).

Ressalta-se que a avaliação do estado vacinal em relação à BCG faz parte das recomendações do MS para o controle dos contatos e atenção especial deve ser dada a esse fato. Assim, em contato considerado indene (não doente), deve-se avaliar a cicatriz vacinal de BCG e seguir a seguinte orientação: realizar uma dose de vacina, na ausência ou na presença de apenas uma cicatriz; e não vacinar, no caso de apresentar duas cicatrizes (BRASIL, 2007).

A tabela 10 apresenta a conduta clínica dos médicos entrevistados na alta do caso de hanseníase nas UBS pesquisadas, sendo verificado que 100,0% dos entrevistados adotam condutas recomendadas pelo MS como, avaliação do grau de incapacidade física na alta e orientações sobre sinais e sintomas das reações hansênicas. Por outro lado, observou-se que uma parcela considerável não faz orientações para realização periódica da avaliação do estado de saúde (20,0%) e um profissional (6,7%) relatou não prestar orientações para manutenção de práticas de autocuidado para prevenção de incapacidades.

Pereira et al. (2008) realizaram uma pesquisa na Cidade de São Paulo com o objetivo de identificar e caracterizar as ações do Programa de Controle da Hanseníase, sendo possível verificar a não realização da busca ativa dos casos, necessária para o real conhecimento da situação epidemiológica, e não realização das orientações em relação ao autocuidado e, portanto, prevenção de incapacidades. Todas essas ações de educação em saúde são importantes para a redução do estigma e aproximação do sujeito à nova situação de vida e enfrentamento de limitações. Esses autores defendem que o profissional da saúde ao aproximar-se da realidade social e cultural do doente, possibilita prover as orientações necessárias ao autocuidado e à prevenção de incapacidades, permitindo ao usuário superar as limitações do tratamento físico, considerando a problemática social agregada à doença.

**Tabela 10-** Distribuição de frequência das condutas clínicas dos médicos entrevistados na alta do caso de hanseníase nas UBS da zona urbana de Teresina-PI, 2017. (n=15)

		n	%
Avaliação do grau de incapacidade física na alta	Sim	15	100,0
Orientações para avaliação periódica do estado de saúde	Sim	12	80,0
	Não	03	20,0
Orientações de autocuidado para prevenção de incapacidades	Sim	14	93,3
	Não	01	6,7
Orientações sobre sinais e sintomas das reações hansênicas	Sim	15	100,0
Total		15	100,0

**Fonte:** entrevista com os profissionais médicos, 2017.

Os últimos aspectos relacionados às condutas clínicas dos profissionais médicos entrevistados são apresentados na tabela 11, que trata sobre reações hansênicas. Verificou-se

que entre 100% dos médicos entrevistados, a conduta no acompanhamento do caso de reação hansênica é encaminhar o paciente para serviço de referência.

**Tabela 11-** Distribuição de frequência das condutas clínicas dos médicos entrevistados em caso de reações hansênicas nas UBS da zona urbana de Teresina-PI, 2017. (n=15)

		n	%
Avaliação neurológica mensal ou quinzenal	Sim	05	33,3
	Não	10	66,7
Palpação de nervos periféricos	Sim	13	86,6
	Não	02	13,3
Avaliação da força motora	Sim	13	86,6
	Não	02	13,3
TS olhos, mãos e pés	Sim	11	73,3
	Não	04	26,7
Determinação do grau de acuidade visual	Sim	07	46,7
	Não	08	53,3
Orientação para colocar o membro afetado em repouso	Sim	10	66,7
	Não	05	33,3
Iniciar corticoterapia	Sim	12	80,0
	Não	03	20,0
Encaminhar para serviço de referência	Sim	15	100,0
Acompanhamento periódico da glicemia de jejum	Sim	11	73,3
	Não	04	26,7
Acompanhamento periódico do peso corporal	Sim	13	86,7
	Não	02	13,3
Acompanhamento periódico da pressão arterial	Sim	11	73,3
	Não	04	26,7
Vigilância para problemas oculares com o uso da prednisona	Sim	06	40,0
	Não	09	60,0
Total		15	100,0

**Fonte:** entrevista com os profissionais médicos, 2017.

Para as demais condutas clínicas, houve um percentual relevante de profissionais que não adota as medidas recomendadas pelo MS, com destaque para: avaliação neurológica simplificada quinzenal ou mensal (66,7%); TS de olhos, mãos e pés (26,7%); determinação do



grau de acuidade visual (53,3%); orientação para colocar o membro afetado em repouso (33,3%); iniciar corticoterapia (20%); acompanhamento periódico da glicemia de jejum (26,7%); acompanhamento periódico do peso corporal (13,3%); acompanhamento periódico da pressão arterial (26,7%).

O MS recomenda que as reações hansênicas sejam abordadas como situações de urgência, a fim de se evitar o dano neural permanente e sequelas responsáveis por uma cadeia de eventos negativos na saúde do doente. Assim, o profissional médico deve encaminhar estas ocorrências aos serviços de referência para tratamento nas primeiras 24 horas (BRASIL, 2007). Duncan et al. (2013) acrescentam que o tratamento dos estados reacionais é geralmente ambulatorial e deve ser prescrito e supervisionado por médico, sendo que nas situações em que há dificuldade de encaminhamento imediato, os seguintes procedimentos deverão ser aplicados até a avaliação: orientar repouso do membro afetado em caso de suspeita de neurite; iniciar prednisona na dose de 1 a 1,5mg/kg/dia (excepcionalmente de 1,5 a 2mg/Kg/dia), uma vez que corticoides podem ter efeito benéfico na neurite a longo prazo (*Grau de recomendação D*).

O tratamento das reações hansênicas com corticoterapia requer as seguintes precauções: garantia de acompanhamento médico, registro de peso, pressão arterial, glicemia de jejum e, se adequado, tratamentos profiláticos para estrogiloidíase e osteoporose. O acompanhamento dos casos com reação hansênica deverá ser realizado por profissionais com maior experiência ou por unidades de referência (BRASIL, 2007).

Assim, percebe-se pela análise geral dos dados que os profissionais da APS entrevistados costumam manter boas condutas de vigilância e acompanhamento dos pacientes com hanseníase e demonstram ter conhecimento sobre as recomendações do MS no manejo desses casos; todavia, essas condutas ainda estão focadas na medicalização (administração de dose supervisionada de PQT e orientações sobre uso correto dos medicamentos) e pouco voltadas para atitudes preventivas, como realização da avaliação neurológica periódica de rotina ou orientações sobre auto-cuidado, o que pode ter impacto significativo no surgimento de incapacidades e, por conseguinte, na qualidade de vida dos pacientes. Ressalta-se ainda a necessidade de melhoria na busca ativa de casos, já que muitos usuários não buscam a UBS de forma espontânea, bem como incremento da vigilância dos comunicantes, já que foi observado baixo índice de contatos examinados e esse fato pode contribuir para manutenção da cadeia de transmissão da doença no município.

De acordo com Costa e Miranda (2008) há a necessidade de mudanças na formação dos recursos humanos na área da saúde, especificamente para a ESF, pois o novo modelo

assistencial exige um modo de atuação profissional pautado na produção do cuidado e de um novo fazer em saúde.

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

### **4.3 Avaliação da qualidade da APS em hanseníase com base nas pontuações do questionário PCATool**

De acordo com o manual PCATool Brasil, um serviço de atenção básica dirigido à população acometida por hanseníase pode ser considerado provedor de atenção primária quando apresenta quatro atributos essenciais, e pode aumentar seu poder de interação com os indivíduos e com a comunidade ao apresentar também os atributos derivados. Assim, quando um serviço de saúde é fortemente orientado para o alcance da maior presença destes atributos, ele se torna capaz de prover atenção integral, do ponto de vista biopsicossocial, à sua comunidade adscrita. Essa definição da atenção primária à saúde pode, dessa forma, guiar as estratégias de avaliação e investigação dos serviços e sistemas de saúde baseados na APS. A identificação rigorosa da presença e extensão dos atributos citados é fundamental para definir um serviço como realmente orientado para a APS (BRASIL, 2010B).

A tabela 12 apresenta a estatística descritiva dos escores dos atributos da APS na avaliação dos usuários atendidos em UBS da zona urbana de Teresina-PI. Com relação aos achados é possível observar que, de um ponto de vista geral, as médias dos atributos apresentaram pontuações abaixo de 6,6, o que indica baixo nível de orientação do serviço para APS em hanseníase, com exceção dos itens: porta de entrada (média=7,95); atendimento continuado (média =8,22); integralidade dos serviços disponíveis (média =7,96); e coordenação (média=8,45). Dessa forma, as médias dos escores de avaliação também foram consequentemente baixas: escore essencial média = 5,91; escore derivado média = 5,62; escore geral média = 5,82. A média do escore essencial e derivado abaixo de 6,6 indica que os serviços em APS na zona urbana do município de Teresina-PI não são suficientemente orientados para a realização das ACH, com atenção especial para os atributos: acesso; integralidade dos serviços prestados; orientação familiar, e, orientação comunitária.

**Tabela 12-** Estatística descritiva dos atributos da APS na percepção dos usuários atendidos em UBS da zona urbana da cidade de Teresina-PI, 2017.

Atributos APS – Usuários	Média	Mediana	Des. Padrão	Mín.	Máx.
Grau de afiliação APS	3,44	4,0	0,77	2,0	4,0
Grau de afiliação APS Hanseníase	2,84	3,0	0,69	2,0	4,0
Porta de entrada	7,95	7,76	2,15	3,30	10,0
Acesso	6,15	6,25	1,63	2,36	9,1
Atendimento continuado	8,22	9,2	1,45	5,1	10,0
Integralidade dos serviços disponíveis	7,96	8,03	1,07	5,6	9,6
Integralidade dos serviços prestados	4,93	5,06	2,60	0,5	9,46
Coordenação	8,45	9,58	2,11	3,33	10,0
Orientação familiar	5,96	6,20	2,62	1,1	10,0
Orientação comunitária	5,19	5,0	2,62	0,83	10,0
Score essencial	5,91	5,77	1,06	3,86	7,48
Score derivado	5,62	6,2	1,96	1,46	9,16
Score geral	5,82	5,74	1,24	2,01	7,32

**Fonte:** entrevista com os pacientes, 2017.

Em estudo realizado por Araújo, Gama e Nascimento et al. (2014) envolvendo a avaliação da qualidade do cuidado na APS ofertado à pessoa idosa, observou-se de maneira semelhante a esta pesquisa que os participantes atribuíram nota abaixo do corte 6,6 à qualidade dos serviços (5,7). A longitudinalidade do cuidado de maneira diversa foi um ponto forte (7,3), mas a integralidade (4,7), a orientação familiar (4,1) e a acessibilidade (3,8) também foram fragilidades na perspectiva do idoso.

Apesar dos baixos escores obtidos na avaliação feita pelos usuários participantes da presente pesquisa, os mesmos demonstraram ter um bom grau de afiliação com os serviços da APS tanto de um ponto de vista geral como relacionado ao tratamento da hanseníase, ao citar pelo menos uma vez durante as entrevistas, a UBS como sendo local responsável pelos seus cuidados em saúde.

Vale ressaltar que, na avaliação dos usuários, vários aspectos foram citados como dificuldades e contribuíram para pontuar negativamente os escores, como é o caso dos

atributos acesso, integralidade dos serviços prestados, orientação familiar e orientação comunitária.

Em revisão sistemática realizada por Prates et al. (2017) com o objetivo de analisar os estudos que avaliaram o desempenho dos serviços de APS mediante uso do instrumento PCATool na perspectiva dos usuários, em âmbito mundial, encontraram que entre os atributos mais bem avaliados estavam, o acesso de primeiro contato subitem utilização, e, a longitudinalidade, enquanto os piores desempenhos foram observados nos atributos, acesso de primeiro contato subitem acessibilidade, orientação familiar, orientação comunitária e integralidade.

No item acesso avaliado na presente pesquisa, os usuários destacaram como problemas o fato de a UBS não ficar aberta nenhum dia durante a semana depois das 18 horas; dificuldade de deslocamento ou transporte; e tempo de espera maior do que 30 minutos na unidade para receber a dose supervisionada, o que acarreta muitas vezes a perda do turno de trabalho. Observou-se ainda o desconhecimento por grande parte dos usuários sobre a existência de um número de telefone para pedir informações na unidade de saúde, fato que deve ser mais amplamente divulgado a fim de melhorar a atenção à saúde da população.

Com relação ao atributo integralidade dos serviços prestados, muitos usuários afirmam que não são realizados de rotina pelos profissionais da UBS da zona urbana de Teresina itens importantes da avaliação dermato-neurológica, como, teste de sensibilidade, avaliação da força motora, palpação de nervos periféricos e avaliação da acuidade visual com escala de Snellen; relatam ainda que não foram solicitados exames laboratoriais no início do tratamento; que não houve realização de exame dos contatos; bem como não foram prestadas orientações sobre auto-cuidado com olhos, mãos e pés.

No que diz respeito ao atributo orientação familiar, alguns usuários informam que não costumam receber visitas domiciliares por parte dos profissionais da UBS por causa da hanseníase; que os profissionais médicos e enfermeiros não pedem informações sobre doenças de outras pessoas da família; nem conversam com seus familiares a respeito da hanseníase; sobre os cuidados que o paciente precisa ter com olhos, mãos e pés; ou ainda sobre a possibilidade de aparecimento de novas manchas na pele e dor nos nervos durante ou após o tratamento.

No item orientação comunitária, os usuários também apontaram fragilidades, relatando no geral não terem visto matérias sobre hanseníase nos meios de comunicação como televisão, rádio ou jornais; que não são realizadas (ou não tem conhecimento sobre) atividades

educativas ou de divulgação da hanseníase pelos profissionais das UBS, bem como atividades de busca ativa de casos na comunidade.

Para Soutar (2002), a integração da atenção à hanseníase na APS é primordial para incrementar o trabalho de educação em saúde para a comunidade. Mata (2013) e Lanza et al. (2014B) sugerem que uma estratégia para o fortalecimento de atributos como a orientação familiar poderia ser a combinação de orientação oral, escrita e acompanhamento telefônico, como foi demonstrada pela primeira autora em outros agravos de saúde.

Nota-se pelos achados desta pesquisa que existem várias lacunas a serem preenchidas tanto no que diz respeito à dinâmica de funcionamento das UBS, quanto às condutas dos profissionais; é preciso, portanto, que seja dada maior atenção às dificuldades enfrentadas pelos pacientes com hanseníase, priorizando seu atendimento nas unidades de saúde. Além disso, é de suma importância a realização de avaliação completa periódica dos pacientes, do exame dos contatos, e que sejam dadas orientações pertinentes aos mesmos e a seus familiares, tendo em vista a grande importância da hanseníase enquanto problema de saúde pública com alto potencial de transmissão e de geração de incapacidades físicas. Vale ressaltar ainda a necessidade de incremento de atividades educativas sobre a doença nas UBS e outros locais, como escolas ou igrejas, para aumentar o grau de orientação comunitária e dar foco à prevenção.

A percepção dos profissionais entrevistados sobre a qualidade da APS é apresentada na tabela 13. É possível verificar que, a visão dos usuários difere da percepção dos profissionais, uma vez que todos os atributos e escores deste último grupo apresentaram médias superiores ao ponto de corte que é a nota 6,6. Desta forma, pode-se inferir que, na visão dos profissionais, os serviços em APS na zona urbana do município de Teresina-PI estariam fortemente orientados para a realização das ACH.

No entanto, vale salientar que, apesar de não terem contribuído para pontuar negativamente os escores, algumas questões referentes aos atributos acesso, orientação comunitária e orientação profissional merecem destaque por terem obtido as menores notas nesse grupo.

No campo acesso, grande parte dos profissionais enumerou dificuldades como, o fato de a UBS não ficar aberta nenhum dia durante a semana depois das 18 horas; os usuários terem dificuldade de deslocamento até a UBS e terem que perder o turno de trabalho ou compromisso para serem atendidos; ou ainda esperar mais do que 30 minutos para se consultar com o profissional de saúde.

**Tabela 13-** Estatística descritiva dos atributos da APS na percepção dos profissionais de saúde que acompanham casos de hanseníase nas UBS da zona urbana de Teresina-PI, 2017.

Atributos APS – Profissionais de saúde	Média	Mediana	Des. Padrão	Mín.	Máx.
Porta de entrada	9,38	9,58	0,72	7,5	10,0
Acesso	7,05	7,03	0,82	5,16	8,13
Atendimento continuado	9,57	9,66	0,57	7,26	10,0
Integralidade dos serviços disponíveis	9,56	9,8	0,45	8,4	10,0
Integralidade dos serviços prestados	9,68	10,0	0,57	7,76	10,0
Coordenação	8,74	8,86	0,74	6,93	10,0
Orientação familiar	9,41	10,0	0,87	7,03	10,0
Orientação comunitária	7,56	8,33	2,38	2,66	10,0
Orientação profissional	7,37	7,76	2,01	2,2	10,00
Score essencial	8,99	9,04	0,34	8,1	9,54
Score derivado	8,11	8,43	1,38	5,17	10,0
Score geral	8,7	8,81	0,63	7,64	9,7

**Fonte:** entrevista com os profissionais, 2017.

No atributo orientação comunitária, alguns profissionais pontuaram que geralmente não realizam análise dos dados epidemiológicos da hanseníase para programar atividades de controle da doença; e que fazem poucos trabalhos educativos e de divulgação para informar a comunidade sobre a hanseníase. E, finalmente, com relação ao atributo orientação profissional, alguns relataram que não se consideram totalmente qualificados para atender hanseníase e que ainda há poucos treinamentos sobre a doença para os profissionais da APS.

Van Stralen et al. (2008) utilizaram o PCATool em um estudo de avaliação da atenção básica em sete municípios de Goiás e dois do Mato Grosso do Sul, com usuários e profissionais de 36 unidades da ESF e 28 unidades básicas tradicionais. Neste estudo os autores puderam concluir que “salta aos olhos que há uma diferença nítida entre a avaliação dos usuários e a dos profissionais de saúde. Para quase todas as dimensões a avaliação dos usuários é menos positiva”

Em outro estudo de avaliação da APS realizado no Distrito Federal utilizando o PCATool, os autores observaram resultados semelhantes ao desta pesquisa e concluíram que,

no geral, os profissionais costumam avaliar os seus serviços melhor do que os usuários, e, na opinião daqueles, os serviços vêm desempenhando os atributos de forma satisfatória, como mostra a predominância dos escores acima do valor 6,6. O grau de orientação para a APS também foi avaliado como adequado (ARAÚJO, MENDONÇA, SOUSA, 2015).

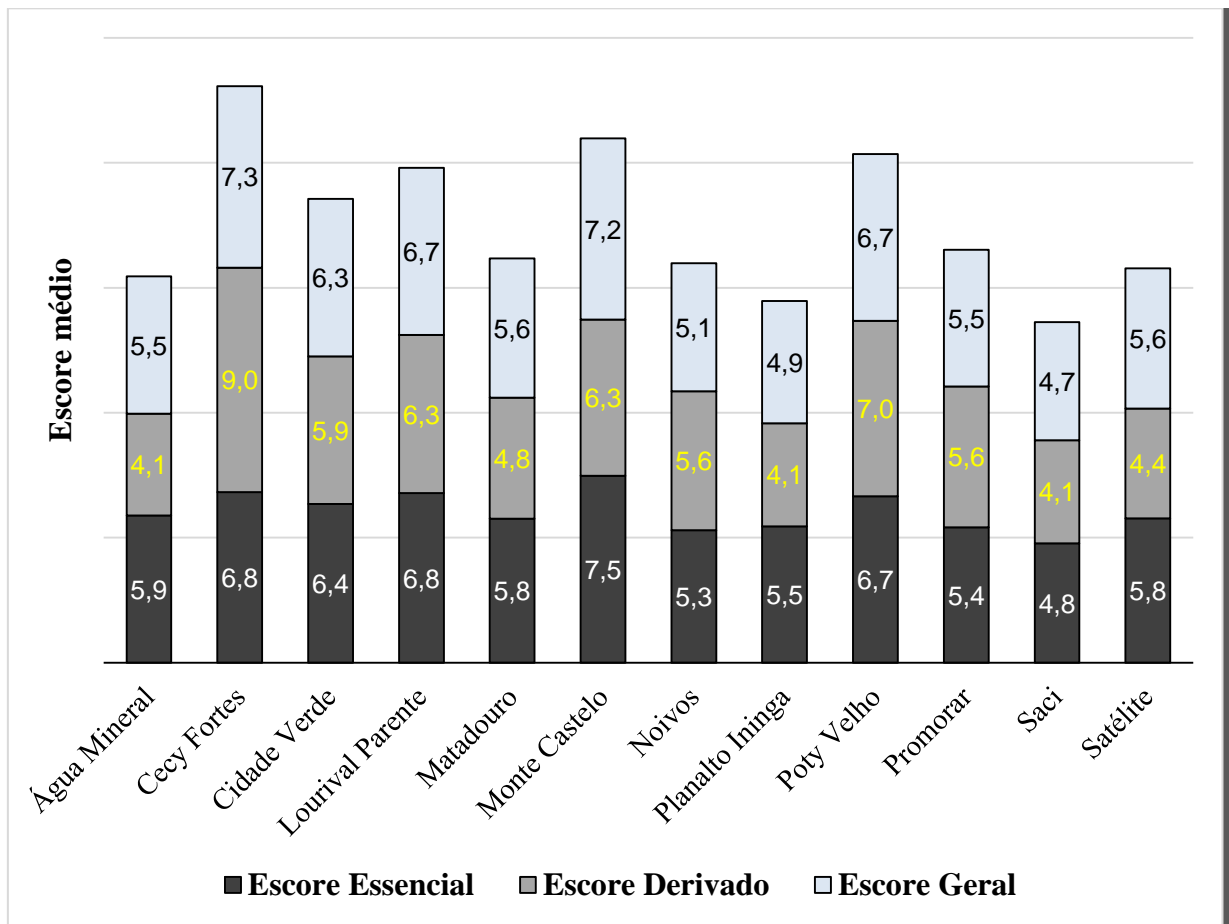
Em pesquisa realizada por Lanza et al. (2014B) no município de Almenara-MG analisando o desempenho da APS na atenção à hanseníase, verificou-se que os profissionais médicos e enfermeiros entrevistados avaliaram positivamente a orientação profissional para o atendimento da hanseníase na APS, bem como os atributos porta de entrada, atendimento continuado, integralidade dos serviços prestados e disponíveis, coordenação e orientação familiar, resultando em altos escores essencial, derivado e geral. Os usuários também avaliaram que os serviços de APS estão fortemente orientados para a realização das ACH na ESF, no entanto, com fragilidades na qualificação dessa atenção, mensurada pelos baixos escores de orientação familiar e comunitária (escore derivado).

#### **4.4 Comparação do desempenho da APS em hanseníase entre as UBS pesquisadas**

A heterogeneidade de distribuição dos casos de hanseníase no território brasileiro – apresentando desde municípios silenciosos até hiperendêmicos – se reflete também na distribuição de casos dentro de um mesmo município. A cidade de Teresina segue um padrão nacional que se caracteriza por uma distribuição espacial heterogênea dos casos de hanseníase, de modo que os casos são detectados com muito mais frequência em algumas UBS. No entanto, a baixa incidência de casos de hanseníase em tratamento na área de abrangência da unidade de APS não pode significar a diminuição de qualidade das ações voltadas para a comunidade, de modo, que se buscou nesse trabalho fazer a comparação entre as avaliações feitas através do PCATool-Brasil para unidades de saúde pesquisadas.

Nesse sentido, as pontuações médias dos escores essencial, derivado e geral na percepção dos usuários de todas as unidades de saúde pesquisadas são apresentadas no gráfico 02. Esta análise permite observar que as unidades que apresentaram pontuações iguais ou superiores a 6,6 em ordem decrescente de qualidade dos serviços prestados pela APS em hanseníase foram: Cecy Fortes, Monte Castelo, Poty Velho e Lourival Parente. Por outro lado, as demais unidades foram consideradas com qualidade insuficiente nos serviços de APS em hanseníase, com destaque negativo para a unidade Saci com pior avaliação (escore essencial médio= 4,8; score derivado médio= 4,1 e escore geral médio= 4,7).

**Gráfico 02:** Média dos escores essencial, derivado e geral na percepção dos usuários de todas as UBS pesquisadas na zona urbana de Teresina-PI, 2017.



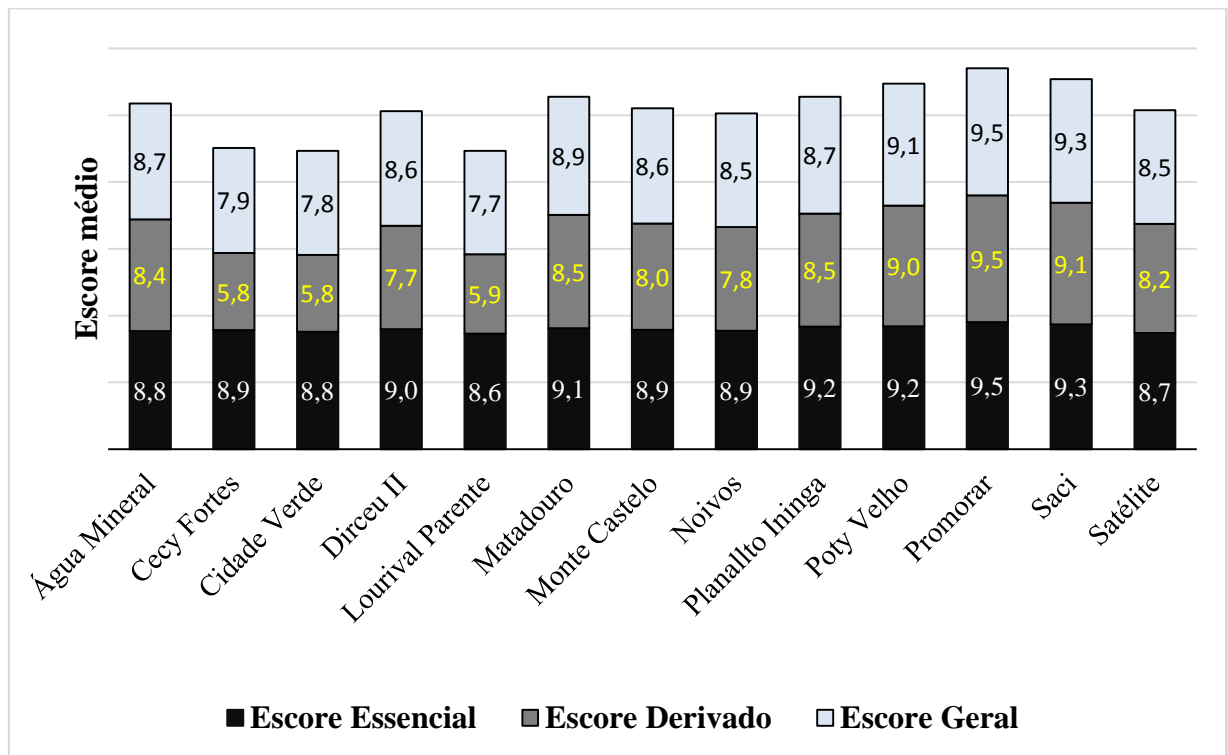
**Fonte:** entrevista com os pacientes 2017.

O gráfico 03 apresenta as médias dos escores essencial, derivado e geral das UBS pesquisadas na perspectiva dos profissionais. Esta análise permite inferir que, os profissionais de saúde de um modo geral avaliaram bem a qualidade dos serviços da APS em hanseníase, obtendo-se pontuações iguais ou superiores a 6,6 para todas as UBS, com destaque para Promorar, Saci, Poty Velho, Matadouro e Planalto Ininga. Vale destacar, no entanto, que as UBS Cidade Verde, Cecy Fortes, e Lourival Parente apresentaram pontuações médias inferiores a 6,6 no que diz respeito ao escore derivado.

Assim, fica claro que existem grandes diferenças entre a percepção dos usuários e profissionais de saúde entrevistados, pois praticamente não houve concordância de resultados com relação às UBS avaliadas com maior escore.



**Gráfico 03:** Média dos escores essencial, derivado e geral na percepção dos profissionais de todas as UBS pesquisadas na zona urbana de Teresina-PI, 2017.



**Fonte:** entrevista com os profissionais 2017.

Alguns estudos realizados sobre as ações da atenção básica tem demonstrado que os processos de organização da APS são muito variados, de modo que os diferentes contextos e formas de gestão da saúde nos municípios repercutem diretamente na pluralidade de formas e resultados de processos de implementação da Política Nacional de Atenção Básica, mesmo que o MS preconize uma padronização na organização dos serviços (VIANA, 2012). Os desafios para a consolidação da política de atenção básica estão parcialmente relacionados com a melhoria dos processos assistenciais neste nível de atenção, assim como com as condições de integração da APS à rede de serviços de saúde em seus diversos níveis (PINHO, 2017).

A análise da tabela 14 demonstra que a diferença existente entre a percepção dos usuários e profissionais de saúde a respeito da qualidade de APS em hanseníase com base no PCATool Brasil foi significativa para todos os atributos e escores do questionário, exceto, para o atributo coordenação.

**Tabela 14-** Comparativo entre os escores médios do PCATool obtidos na avaliação dos atributos de APS em hanseníase, na perspectiva de usuários e profissionais participantes do estudo, 2017.

Atributo	Categoria	Média	DP	Mediana	p-valor <sup>a</sup>
Acesso	Paciente	6,20	1,68	6,00	0,014
	Profissional	7,05	0,83	7,03	
Coordenação	Paciente	8,50	2,14	9,50	0,479
	Profissional	8,74	0,75	8,86	
Integralidade dos serviços disponíveis	Paciente	8,00	1,07	8,00	<0,001
	Profissional	9,56	0,46	9,80	
Integralidade dos serviços prestados	Paciente	4,88	2,64	5,00	<0,001
	Profissional	9,68	0,57	10,00	
Orientação familiar	Paciente	6,00	2,68	6,00	<0,001
	Profissional	9,41	0,87	10,00	
Orientação comunitária	Paciente	5,18	2,70	5,00	0,003
	Profissional	7,56	2,39	8,33	
Escore Essencial	Paciente	6,04	1,02	6,00	<0,001
	Profissional	9,00	0,35	9,05	
Escore Derivado	Paciente	5,52	2,00	6,00	<0,001
	Profissional	8,11	1,39	8,43	
Escore Geral	Paciente	5,88	1,24	6,00	<0,001
	Profissional	8,70	0,64	8,81	

**Fonte:** entrevista com os pacientes e profissionais 2017. <sup>a</sup>: Teste U de Mann-Whitney; DP: Desvio Padrão.

A literatura sobre a qualidade da APS em Teresina é composta por poucos estudos, sendo que não foi possível encontrar trabalhos que tenham avaliado o desempenho das UBS de modo específico e comparativo, conforme a proposta desta pesquisa. Nesse sentido, Viana (2012) em pesquisa realizada na cidade de Teresina sobre a qualidade da APS com base no PCATool Brasil concluiu que, apesar do município ter recebido um alto escore, ainda existem falhas na prestação de serviço, de modo que se deve considerar que os serviços de saúde precisam ser fortemente orientados pelos atributos da APS para atingirem altos níveis de satisfação dos usuários.

Lima (2014) também realizou estudo sobre a qualidade da APS com base no PCATool Brasil para a regional norte de saúde na cidade de Teresina, sendo possível verificar que “uma

significativa parcela dos usuários avaliou de forma negativa a qualidade dos serviços ofertados quanto à orientação comunitária pelos profissionais da ESF”. A autora acrescenta que há a necessidade de realização de pesquisas com os usuários para saber se os serviços estão satisfazendo as suas necessidades e seus problemas de saúde.

Pinho (2017) verificou em pesquisa que associou a estrutura das UBS com o processo de trabalho e coeficiente de detecção em hanseníase, que as UBS que possuíam maior suporte material e humano, como Kit de monofilamentos, vacina BCG, equipes realizando tratamento diretamente observado e realizando ações educativas em hanseníase, mostraram maior chance de detectar casos da doença, de modo que as UBS que possuem melhores condições de trabalho são mais atrativas aos usuários, e, portanto, tem maior chance de diagnosticar casos novos de hanseníase e de realizar as condutas preconizadas. Assim, a estrutura precária dos serviços básicos de APS, aliado aos indicadores socioeconômicos e demográficos desfavoráveis, influenciam na baixa detecção e consequente notificação dos casos de hanseníase, favorecendo o descontrole do agravo.

Embora tenha sido evidenciado neste estudo que os profissionais são experientes e desenvolvem no geral condutas adequadas para o trabalho na APS e ACH, o que se percebe é que nem todas as ações estão sendo postas em prática, seja por deficiências estruturais ou de insumos nas UBS, ou pela grande demanda de pacientes na rotina de atendimentos, o que não permite a execução de uma completa avaliação e exame físicos. Esse fato deve servir como ponto de reflexão para que se promova maior proximidade com a comunidade e estímulo à participação social, entendendo que, ouvir a opinião sobre as reais necessidades dos usuários, é algo de extrema importância para promoção da melhoria da qualidade dos serviços.

#### **4.5 Correlação entre as principais variáveis do estudo com as maiores e menores pontuações do PCATool**

A análise dos determinantes para as melhores ou piores pontuações do PCATool através do cruzamento estatístico das variáveis do estudo foi realizada com o objetivo de verificar a independência entre as variáveis pesquisadas. Desta forma realizou-se teste de significância estatística entre os seguintes grupos comparados com as pontuações do PCATool: Sexo, estado civil, renda, faixa etária, episódios reacionais, classificação operacional da hanseníase, forma clínica, detecção de caso novo, baciloscopia e grau de incapacidade no diagnóstico.

Importante salientar que os achados, de um modo geral, sugerem que a avaliação da qualidade da APS nas ACH não é dependente das variáveis clínicas ou socioeconômicas, ou seja, a percepção dos usuários não é influenciada por aspectos relativos à pessoa acometida ou à gravidade da doença, mas pela organização/prestação dos serviços. Este fato reforça que o “Instrumento de Avaliação do Desempenho da Atenção Primária à Saúde nas Ações de Controle da Hanseníase” utilizado nesta pesquisa é adequado à finalidade a que se propõe.

**Tabela 15-** Comparativo entre os escores médios obtidos na avaliação dos atributos da APS, segundo o sexo dos pacientes atendidos nas UBS da zona urbana de Teresina-PI, 2017.

Atributo da APS	Sexo	Média	DP	Mediana	p-valor <sup>a</sup>
Grau de afiliação (APS)	F	3,25	0,89	3,50	0,425
	M	3,53	0,72	4,00	
Grau de afiliação (Hanseníase)	F	2,75	0,71	3,00	0,653
	M	2,88	0,70	3,00	
Porta de entrada	F	8,54	1,72	8,75	0,589
	M	7,74	2,33	7,76	
Acesso	F	6,03	1,19	6,23	0,704
	M	6,21	1,84	6,25	
Coordenação	F	10,00	0,00	10,00	0,079
	M	8,03	2,21	8,33	
Integralidade dos serviços disponíveis	F	8,49	1,36	8,80	0,057
	M	7,71	0,85	7,60	
Integralidade dos serviços prestados	F	5,05	2,60	5,66	0,861
	M	4,87	2,68	5,06	
Orientação familiar	F	5,22	2,40	5,90	0,334
	M	6,32	2,72	6,20	
Orientação comunitária	F	6,87	2,75	6,67	0,209
	M	4,68	2,47	5,00	
Escore Essencial	F	6,03	1,16	6,22	0,705
	M	5,87	1,06	5,76	
Escore Derivado	F	5,35	2,52	6,31	0,907
	M	5,75	1,72	6,04	
Escore Geral	F	5,84	1,52	6,36	0,793
	M	5,81	1,14	5,68	

**Fonte:** entrevista com os pacientes, 2017. **Legenda:** <sup>a</sup>: Teste U de Mann-Whitney; DP: Desvio Padrão.

**Tabela 16-** Comparativo entre os escores médios obtidos na avaliação dos atributos da APS, segundo o estado civil dos pacientes nas UBS da zona urbana de Teresina-PI, 2017.

Atributo da APS	Estado civil	Média	DP	Mediana	p-valor <sup>a</sup>
Grau de afiliação (APS)	Casado/amasiado	3,58	0,51	4,00	0,734
	Solteiro	3,22	0,97	4,00	
	Viúvo/divorciado	3,50	1,00	4,00	
Grau de afiliação (Hanseníase)	Casado/amasiado	3,00	0,74	3,00	0,556
	Solteiro	2,67	0,50	3,00	
	Viúvo/divorciado	2,75	0,96	2,50	
Porta de entrada	Casado/amasiado	7,22	2,28	7,50	0,450
	Solteiro	8,75	1,96	10,00	
	Viúvo/divorciado	9,10	-	9,10	
Acesso	Casado/amasiado	6,48	1,25	6,66	0,397
	Solteiro	5,45	2,07	5,90	
	Viúvo/divorciado	6,76	1,34	6,66	
Coordenação	Casado/amasiado	8,21	2,43	9,16	0,631
	Solteiro	8,47	2,00	9,17	
	Viúvo/divorciado	10,00	-	10,00	
Integralidade dos serviços disponíveis	Casado/amasiado	7,88	0,88	7,82	0,803
	Solteiro	8,02	1,12	7,92	
	Viúvo/divorciado	8,05	1,65	8,70	
Integralidade dos serviços prestados	Casado/amasiado	5,75	2,46	6,46	0,259
	Solteiro	4,60	2,95	5,26	
	Viúvo/divorciado	3,22	1,36	2,95	
Orientação familiar	Casado/amasiado	6,74	2,11	7,21	0,154
	Solteiro	5,65	3,37	6,26	
	Viúvo/divorciado	4,35	1,58	4,84	
Orientação comunitária	Casado/amasiado	4,04	3,21	4,16	0,245
	Solteiro	5,71	1,89	5,83	
	Viúvo/divorciado	6,66	2,21	7,50	
Escore Essencial	Casado/amasiado	6,13	0,64	6,02	0,859
	Solteiro	5,69	1,54	5,55	
	Viúvo/divorciado	5,80	0,98	5,71	
Escore Derivado	Casado/amasiado	5,84	1,91	5,87	0,905
	Solteiro	5,63	2,11	6,25	
	Viúvo/divorciado	4,95	2,20	5,33	
Escore Geral	Casado/amasiado	6,06	0,85	5,81	0,907
	Solteiro	5,57	1,73	5,74	
	Viúvo/divorciado	5,67	1,12	5,67	

**Fonte:** entrevista com os pacientes, 2017. **Legenda:** <sup>a</sup>: Teste de Kruskal-Wallis; DP: Desvio Padrão.

**Tabela 17-** Comparativo entre os escores médios obtidos na avaliação dos atributos da APS, segundo a renda dos pacientes nas UBS da zona urbana de Teresina-PI, 2017.

Atributo da APS	Renda	Média	DP	Mediana	p-valor <sup>a</sup>
Grau de afiliação (APS)	Até 1 SM	3,73	0,65	4,00	0,070
	Mais de 1 SM	3,21	0,80	3,00	
Grau de afiliação (Hanseníase)	Até 1 SM	3,00	0,45	3,00	0,228
	Mais de 1 SM	2,71	0,83	2,50	
Porta de entrada	Até 1 SM	8,85	1,40	9,55	0,134
	Mais de 1 SM	6,94	2,51	6,66	
Acesso	Até 1 SM	5,77	1,83	5,80	0,309
	Mais de 1 SM	6,46	1,46	6,66	
Coordenação	Até 1 SM	8,23	2,69	10,00	0,782
	Mais de 1 SM	8,75	1,15	8,75	
Integralidade dos serviços disponíveis	Até 1 SM	8,38	1,07	8,60	0,066
	Mais de 1 SM	7,54	0,94	7,60	
Integralidade dos serviços prestados	Até 1 SM	4,67	2,59	5,06	0,642
	Mais de 1 SM	5,13	2,69	5,16	
Orientação familiar	Até 1 SM	5,98	2,35	6,26	0,999
	Mais de 1 SM	5,96	2,91	5,87	
Orientação comunitária	Até 1 SM	6,16	2,58	5,83	<b>0,044</b>
	Mais de 1 SM	3,81	2,14	4,16	
Escore Essencial	Até 1 SM	6,10	1,15	6,76	0,366
	Mais de 1 SM	5,78	1,02	5,71	
Escore Derivado	Até 1 SM	6,06	2,15	6,35	0,228
	Mais de 1 SM	5,28	1,81	5,47	
Escore Geral	Até 1 SM	6,10	1,25	6,77	0,298
	Mais de 1 SM	5,60	1,24	5,66	

**Fonte:** entrevista com os pacientes, 2017. **Legenda:** <sup>a</sup>: Teste U de Mann-Whitney; DP: Desvio Padrão; SM: Salário Mínimo.

Entre os estudos referenciados nesse trabalho no geral também não foram observadas correlações significativas entre as pontuações dos atributos e escores do PCATool com variáveis socioeconômicas ou clínicas, embora, alguns tenham sugerido que as pessoas com menor escolaridade e menos favorecidos socialmente costumam atribuir melhores pontuações aos atributos (LIMA, SOUSA, PRIMO et al., 2015; ARAÚJO, GAMA, NASCIMENTO et al., 2014)

Pela análise dos dados da tabela 17 é possível verificar que, os indivíduos com maior renda (acima de 1 salário) avaliaram com piores notas os atributos da APS nas ACH nas UBS pesquisadas. No entanto, a única correlação estatisticamente significativa foi com o atributo orientação comunitária, que diz respeito à realização de atividades educativas e de divulgação da hanseníase na comunidade, bem como de busca ativa de casos. Isso talvez possa ser explicado pelo fato de pessoas com maior renda serem mais exigentes e, portanto, avaliarem com maior rigor à qualidade dos serviços oferecidos; além disso, observou-se entre os indivíduos com maior renda desse estudo um menor grau de afiliação com a UBS (embora não significativo), desconhecendo muitas vezes as atividades que lá são desenvolvidas, o que pode ter contribuído para pontuar negativamente esses atributos.

Araújo, Gama e Nascimento et al. (2014) observaram em seu estudo que fatores sociodemográficos ligados à vulnerabilidade da pessoa idosa como, menor renda, área rural e maior idade associaram-se positivamente a diferentes atributos da APS, tendo a idade avançada contribuído para uma melhor perspectiva sobre a “Longitudinalidade”. Os idosos com menor renda (menos de um salário mínimo por pessoa no domicílio) avaliaram melhor os atributos “Acesso de Primeiro Contato” ( $p = 0,019$ ), influenciada pela relação significativa de sua dimensão “Utilização” ( $p = 0,005$ ). A renda também se associou significativamente com a perspectiva do idoso sobre a “Coordenação” da atenção ( $p = 0,034$ ), mais uma vez melhor avaliada pelos usuários com renda inferior.

Lanza (2014) e Soutar (2002) defendem em seus estudos que para a integração da atenção à hanseníase na atenção básica é primordial incrementar o trabalho de educação em saúde para a comunidade, sendo que as atividades educativas realizadas pelos profissionais de saúde devem se tornar rotina em um serviço básico, principalmente em municípios endêmicos, para disseminar informações apropriadas e sustentar o conhecimento da população sobre a hanseníase.

A tabela 18 traz o comparativo entre a avaliação dos atributos da APS e a faixa etária dos usuários, não tendo sido encontrada nesta pesquisa correlação estatisticamente significativa entre essa variável e as maiores ou menores pontuações obtidas.

**Tabela 18-** Comparativo entre os escores médios obtidos na avaliação dos atributos da APS, segundo a faixa etária dos pacientes nas UBS da zona urbana de Teresina-PI, 2017.

Atributo da APS	Faixa de idade	Média	DP	Mediana	P-valor <sup>a</sup>
Grau de afiliação (APS)	Até 60 anos	3,43	0,76	4,00	0,851
	Mais de 60 anos	3,45	0,82	4,00	
Grau de afiliação (Hanseníase)	Até 60 anos	3,00	0,68	3,00	0,185
	Mais de 60 anos	2,64	0,67	3,00	
Porta de entrada	Até 60 anos	8,46	1,55	8,43	0,436
	Mais de 60 anos	7,37	2,71	6,66	
Acesso	Até 60 anos	5,95	1,77	5,87	0,284
	Mais de 60 anos	6,41	1,49	6,66	
Coordenação	Até 60 anos	8,02	2,60	9,17	0,678
	Mais de 60 anos	9,03	1,23	9,58	
Integralidade dos serviços disponíveis	Até 60 anos	8,12	1,01	8,23	0,570
	Mais de 60 anos	7,73	1,18	7,83	
Integralidade dos serviços prestados	Até 60 anos	4,67	2,68	5,00	0,584
	Mais de 60 anos	5,26	2,59	5,06	
Orientação familiar	Até 60 anos	5,74	2,97	5,87	0,700
	Mais de 60 anos	6,25	2,22	6,26	
Orientação comunitária	Até 60 anos	5,50	3,02	5,42	0,523
	Mais de 60 anos	4,76	2,08	4,16	
Escore Essencial	Até 60 anos	5,83	1,24	5,71	0,827
	Mais de 60 anos	6,03	0,85	5,78	
Escore Derivado	Até 60 anos	5,73	2,35	6,23	0,784
	Mais de 60 anos	5,49	1,44	6,04	
Escore Geral	Até 60 anos	5,73	1,50	5,71	0,999
	Mais de 60 anos	5,94	0,86	5,94	

**Fonte:** entrevista com os pacientes, 2017. **Legenda:** <sup>a</sup>: Teste U de Mann-Whitney; DP: Desvio Padrão.



**Tabela 19-** Comparativo entre os escores médios obtidos na avaliação dos atributos da APS, segundo a presença de reações hansênicas nos pacientes nas UBS da zona urbana de Teresina-PI, 2017.

Atributo da APS	Reações Hansênicas	Média	DP	Mediana	P-valor <sup>a</sup>
Grau de afiliação (APS)	Não	3,47	0,80	4,00	0,642
	Sim	3,38	0,74	3,50	
Grau de afiliação (Hanseníase)	Não	2,88	0,78	3,00	0,748
	Sim	2,75	0,46	3,00	
Porta de entrada	Não	8,25	2,57	10,00	0,369
	Sim	7,70	1,87	7,50	
Acesso	Não	5,82	1,80	5,83	0,108
	Sim	6,85	0,97	6,87	
Coordenação	Não	9,17	1,18	10,00	0,373
	Sim	7,74	2,67	8,33	
Integralidade dos serviços disponíveis	Não	7,68	1,05	7,60	0,072
	Sim	8,56	0,92	8,80	
Integralidade dos serviços prestados	Não	4,60	2,73	4,73	0,351
	Sim	5,63	2,34	6,25	
Orientação familiar	Não	5,86	2,86	6,20	0,838
	Sim	6,19	2,21	5,90	
Orientação comunitária	Não	4,51	1,96	4,58	0,089
	Sim	6,83	3,51	7,50	
Escore Essencial	Não	5,73	1,14	5,76	0,268
	Sim	6,33	0,81	6,72	
Escore Derivado	Não	5,27	1,74	5,41	0,081
	Sim	6,37	2,33	6,51	
Escore Geral	Não	5,58	1,27	5,61	0,130
	Sim	6,35	1,05	6,81	

**Fonte:** entrevista com os pacientes, 2017. **Legenda:** <sup>a</sup>: Teste U de Mann-Whitney; DP: Desvio Padrão.

**Tabela 20-** Comparação dos escores essencial, derivado e geral, segundo as características clínicas da Hanseníase dos pacientes atendidos nas UBS da zona urbana de Teresina-PI, 2017.

Variável	Escore Essencial		Escore Derivado		Escore Geral	
	Média±DP (Mediana)	p- valor	Média±DP (Mediana)	p- valor	Média±DP (Mediana)	p- valor
<b>Classificação operacional</b>						
Multibacilar	5,91±0,97 (5,77)	0,812 <sub>U</sub>	5,65±1,91 (6,12)	0,946 <sub>U</sub>	5,81±1,19 (5,71)	0,786 <sub>U</sub>
Paucibacilar	5,94±1,56 (6,78)		5,51±2,40 (6,33)		5,87±1,59 (6,69)	
<b>Forma clínica</b>						
Dimorfa	5,81±1,04 (5,77)	0,859 <sub>H</sub>	5,35±2,03 (5,73)	0,449 <sub>H</sub>	5,65±1,30 (5,65)	0,606 <sub>H</sub>
Tuberculoide	5,70±1,69 (5,75)		4,77±1,99 (5,26)		5,55±1,64 (5,52)	
Virchowiana	6,15±0,80 (5,72)		6,36±1,54 (6,38)		6,19±0,84 (5,91)	
<b>Caso Novo</b>						
Demand espont	6,41±0,84 (6,77)	0,148 <sub>H</sub>	6,07±1,78 (6,30)	0,240 <sub>H</sub>	6,34±0,94 (6,73)	0,233 <sub>H</sub>
Encaminham ento	5,59±1,15 (5,71)		5,41±2,14 (5,33)		5,49±1,37 (5,63)	
Exame de contato	5,64±0,00 (5,64)		4,16±0,00 (4,16)		5,27±0,00 (5,27)	
<b>Baciloscopia</b>						
Negativa	5,81±1,08 (5,65)	0,347 <sub>U</sub>	5,77±2,36 (6,04)	0,917 <sub>U</sub>	5,85±1,22 (5,64)	0,402 <sub>U</sub>
Positiva	6,40±0,86 (6,26)		5,71±1,04 (6,25)		6,23±0,84 (5,94)	
<b>Grau de incapacidade no diagnóstico</b>						
Grau 0	6,18±1,16 (6,76)	0,077 <sub>H</sub>	5,94±1,96 (6,33)	0,480 <sub>H</sub>	6,09±1,34 (6,69)	0,289 <sub>H</sub>
Grau 1	6,53±0,62 (6,72)		6,47±1,90 (6,46)		6,52±0,86 (6,81)	
Grau 2	5,60±0,05 (5,60)		6,04±0,57 (6,20)		5,67±0,08 (5,68)	

**Fonte:** entrevista com os pacientes, 2017. **Legenda:** <sup>U</sup>: Teste U de Mann-Whitney; <sup>H</sup>: Teste de Kruskal-Wallis; DP: Desvio Padrão.

Ressalta-se que o presente estudo apresenta algumas limitações e seus resultados não devem ser generalizados, tendo em vista o seu reduzido universo amostral. As principais dificuldades enfrentadas foram: atraso para iniciação da coleta de dados em virtude da demora na apreciação do projeto pelo CEP-UFPI por problemas operacionais internos; discrepância entre as informações presentes no banco de dados do SINAN e a realidade encontrada nas UBS; presença de fichas de notificação com preenchimento incompleto; falta de disponibilidade de tempo dos profissionais de saúde para as entrevistas, devido à grande demanda de atendimentos nas UBS; a alta rotatividade de profissionais e usuários que migram com frequência das UBS ou mesmo dos municípios; existência de grande estigma relacionado à doença, o que fez com que muitos usuários se recusassem a participar do estudo; e grande número de pacientes realizando acompanhamento terapêutico nos centros especializados de referência, os quais não faziam parte do cenário desta pesquisa.

Para tentar superar essas dificuldades, procurou-se: aumentar o número de colaboradores durante o processo de coleta de dados; investigar os dados adicionais não disponíveis nas fichas de notificação nos prontuários dos pacientes, e pesquisar informações com os profissionais das UBS; realizar trabalho de conscientização dos profissionais de saúde quanto à relevância da pesquisa e importância de sua participação, com as equipes de colaboradores procurando proporcionar maior facilidade para os mesmos, ao retornar às unidades em horários mais adequados à sua rotina de atendimentos; e, intensificar a busca ativa dos usuários, através de contato com os ACS, retornando sempre que necessário, em diferentes momentos, tanto às UBS, quanto aos domicílios.

Assim, por ser a hanseníase um dos agravos prioritários na política de saúde brasileira e pela necessidade de fortalecimento da APS nas ações de controle dessa doença, acredita-se que a presente pesquisa possa trazer contribuições importantes nesse aspecto, por permitir o conhecimento dos atributos que estão sendo ou não alcançados nos serviços da APS do município de Teresina, podendo assim subsidiar aos gestores o planejamento de estratégias de vigilância da doença adequadas à realidade da endemia local, sendo orientados a partir de evidências científicas, resguardando-se, no entanto, as limitações do estudo.

## 5. CONCLUSÃO

O estudo revelou que o perfil socioeconômico dos participantes é semelhante ao descrito na literatura e tipicamente encontrado em outras áreas hiperendêmicas: caracteristicamente composto por indivíduos adultos com 50 anos ou mais (com destaque para o elevado acometimento de idosos), do sexo masculino, casados ou em união estável, que possuem baixa escolaridade e renda. Assim, é preocupante saber que mesmo diante deste cenário socioeconômico e clínico bem conhecido, as ACH parecem não ser suficientes para conter o surgimento de casos novos e a alta prevalência na cidade de Teresina.

As características clínicas e epidemiológicas dos participantes do estudo revelaram: predomínio de casos multibacilares de hanseníase, sendo as formas clínicas mais graves Dimorfa e Virchowiana as mais frequentes; elevado percentual de incapacidade no diagnóstico, sendo importante destacar que em 20% dos pacientes não foi realizada essa avaliação, indicando que o diagnóstico continua sendo feito tardiamente e por detecção passiva. Acrescenta-se ainda o baixo índice de avaliação dos contatos e de solicitação de baciloscopias. Estas informações sugerem baixa eficácia das medidas de controle e prevenção da endemia, típicas de um modelo assistencialista.

Quanto ao perfil dos profissionais participantes do estudo e suas condutas clínicas no manejo dos pacientes com hanseníase, ressalta-se que o grupo foi composto por enfermeiros (55,9%) e médicos (44,1%), que embora apresentassem no geral, elevado índice de pós-graduação e vasto tempo de experiência na APS e nas ACH, demonstraram nem sempre por em prática todas as atividades necessárias ao diagnóstico e tratamento da doença, seja por deficiências estruturais, de insumos ou problemas na dinâmica de funcionamento das UBS com grande demanda de pacientes, o que não permite a execução de uma completa avaliação e exame físicos.

Quanto à percepção dos usuários sobre a qualidade da APS com base no PCATool Brasil, foi possível verificar que a média dos escore essencial, derivado e geral foi menor que 6,6, indicando que os serviços em APS na zona urbana do município de Teresina-PI não são suficientemente orientados para a realização das ações de controle da hanseníase, com atenção especial para os atributos: acesso, integralidade dos serviços prestados, orientação familiar e orientação comunitária.

Nota-se, no entanto que, a percepção dos profissionais difere daquela dos usuários, uma vez que todos os atributos e escores desse grupo apresentaram médias superiores ao ponto de corte que é a nota 6,6, sendo que essa diferença foi significativa para todos os

atributos e escores do questionário, exceto, para o atributo coordenação. Os atributos acesso, orientação comunitária e orientação profissional, apesar de não terem contribuído para pontuar negativamente esses escores, foram os que obtiveram as menores notas. Desta forma, pode-se inferir que, na visão dos profissionais, os serviços em APS na zona urbana do município de Teresina-PI são fortemente orientados para a realização das ACH. Importante salientar que a maioria dos estudos presentes na literatura relata essa discrepância entre a visão de profissionais e usuários.

Com relação ao desempenho das UBS da zona urbana de Teresina-PI pesquisadas, ficou claro mais uma vez que existem grandes diferenças entre a avaliação feita por usuários e profissionais, uma vez que praticamente não houve concordância de resultados nas UBS avaliadas com maior escore. Esse fato deve servir como ponto de reflexão para que se promova maior proximidade com a comunidade e estímulo à participação social, entendendo que, ouvir a opinião sobre as reais necessidades dos usuários é algo de extrema importância para promoção da melhoria da qualidade dos serviços, e que estes precisam ser mais fortemente orientados pelos atributos da APS para atingirem altos níveis de satisfação dos usuários.

A correlação entre as principais variáveis do estudo com as maiores e menores pontuações do PCAtool revelou que no geral a avaliação da qualidade da APS nas ACH não é dependente das variáveis clínicas ou socioeconômicas, ou seja, a percepção dos usuários não é influenciada por aspectos relativos à pessoa acometida e à gravidade da doença, mas pela organização/prestação dos serviços.

Ressalta-se que este trabalho apresenta limitações decorrentes de um universo amostral pequeno quando comparado ao total de pacientes e profissionais que se relacionam rotineiramente nas UBS da Cidade de Teresina; entretanto, acredita-se que a análise criteriosa dos dados pesquisados possa ser uma ferramenta importante para o estímulo a novos estudos.

Por fim, o contexto mundial de enfrentamento da hanseníase aponta para o alcance das metas de eliminação da doença enquanto problema de saúde pública, com estímulo à reintegração social do paciente, superação do estigma e melhoria da qualidade de vida. No entanto, a realidade do país ainda mostra atraso, havendo necessidade de se lutar para a implementação de estratégias na APS que possam acelerar o alcance desses objetivos.

Espera-se que os resultados apresentados neste estudo possam contribuir para reflexões e para o desenvolvimento de políticas que garantam a efetividade no combate a esse agravo e a melhoria da qualidade de vida dos acometidos e seus familiares.

## RECOMENDAÇÕES

Diante de tudo que foi exposto e com base nos resultados encontrados neste estudo, sugere-se como medidas auxiliares para a melhoria da qualidade dos serviços da APS em hanseníase no município de Teresina:

a) Maior organização da rede de atenção à hanseníase, de forma que a unidade de APS possa ser realmente o centro e exercer efetivamente seu papel como porta de entrada;

b) Facilitação do acesso às ações de saúde na APS aos usuários, por meio de medidas como disponibilização de telefone nas unidades e ampliação do horário de atendimento, visto que, problemas como esses, fazem com que muitos usuários não consigam obter informações importantes, percam turno de trabalho para serem atendidos ou deixem de frequentar as UBS;

c) Investimentos na estruturação das unidades da APS, fornecendo os insumos/materiais necessários às atividades de rotina e ao adequado exame dos pacientes;

d) Oferecimento de um leque maior de ações nos próprios serviços de APS para o acompanhamento dos usuários em tratamento da hanseníase, englobando também o manejo dos estados reacionais, seguimento no período pós-alta e vigilância dos contatos. Entende-se que a maior disponibilidade de serviços nas unidades básicas contribui para a sua escolha pelo usuário como o primeiro local de atendimento antes de buscar outros serviços;

d) Reimplantação das equipes de supervisão municipais de hanseníase para dar suporte aos profissionais das UBS na realização das ações de controle da doença, fornecendo orientações para seguimento de protocolos de atendimento que facilitem o manejo desses pacientes na rotina das unidades; bem como para realizar vigilância de suas condutas, no sentido de monitorar se as ações estão sendo realmente implementadas;

e) Melhoria do sistema de vigilância epidemiológica do município através do preenchimento correto e atualização regular dos dados do SINAN, para que sejam mostradas informações compatíveis com a realidade local existente;

f) Fortalecimento do sistema de referência e contrarreferência, através do estabelecimento de maior comunicação entre os profissionais dos diferentes níveis da rede assistencial, visando facilitar a integralidade e a coordenação do cuidado ao usuário com hanseníase; bem como o estabelecimento de parâmetros para encaminhamento somente dos casos que realmente necessitem de avaliação por especialistas;

g) Realização de mais atividades de educação em saúde para a comunidade pelos profissionais da APS e utilização do ACS como elo fortalecedor das ações de orientação familiar e comunitária voltadas para a hanseníase, visto que estes foram alguns dos atributos com piores avaliações observados nesta pesquisa e na literatura;

h) Educação continuada para os profissionais da APS, colocando em discussão de maneira mais frequente o tema da hanseníase, tendo em vista as fragilidades e dificuldades observadas nas condutas dos profissionais no manejo desses pacientes e o grande impacto que a endemia tem no estado do Piauí, e, principalmente, no município de Teresina.

i) Realização da atenção dentro de uma abordagem centrada no usuário, na família e na comunidade, considerando todo o contexto social e a complexidade de fatores envolvidos no processo saúde-doença, o que é fundamental para a qualificação da assistência da APS;

## REFERÊNCIAS

- ALELUIA, I.R.S. et al . Coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em município sede de macrorregião do nordeste brasileiro. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 6, p. 1845-1856, June 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232017002601845&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002601845&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 Jul 2017.
- ALENCAR, M.J. et al. Satisfação de indivíduos atingidos pela hanseníase a respeito de neurolise no estado de Rondônia. **Cadernos Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 205-216, 2008.
- ALMEIDA P.; SANTOS A.M. Atenção Primária à Saúde: coordenadora do cuidado em redes regionalizadas? **Rev Saude Publica**, 50-80, 2016. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/126570/123547>>. Acesso em: 25 Jun. 2016.
- ALMEIDA, P.F. et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n. 2, p. 286-298, 2010.
- ALVES, C.J.M. et al . Avaliação do grau de incapacidade dos pacientes com diagnóstico de hanseníase em serviço de dermatologia do estado de São Paulo. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba , v. 43, n. 4, p. 460-461, Ago. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0037-86822010000400025&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822010000400025&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 18 Jul. 2017.
- ANDRADE, A.R.C.; LEHMAN, L.F.; SCHREUDER, P.A.M.; FUZIKAWA, P.L. (Eds.) **Como reconhecer e tratar reações hansênicas**. Belo Horizonte: Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais, 90p., 2007.
- AQUINO, D.M.C. et al. Perfil dos pacientes com hanseníase em área hiperendêmica da Amazônia do Maranhão, Brasil. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, v. 36, n. 1, Jan. 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0037-86822003000100009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822003000100009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 25 Jun. 2016.
- AQUINO R.; MEDINA M.G.; NUNES C.A.; SOUSA M.F. A Estratégia Saúde da Família e o reordenamento do sistema de serviços de saúde. In: Almeida-Filho N, organizador. **Saúde coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: MedBook, p. 353-371, 2014.



ARAÚJO K. M. F. A.; LANA, F. C. F.; PAZ, L. F. A. et al. Hanseníase: a visibilidade da doença no idoso. **Anais IV Congresso Internacional de Envelhecimento Humano..** Vol. 2, n. 1, 2015. Disponível em: <[http://www.editorarealize.com.br/revistas/cieh/trabalhos/TRABALHO\\_EV040\\_MD2\\_SA2\\_ID1797\\_26072015140049.pdf](http://www.editorarealize.com.br/revistas/cieh/trabalhos/TRABALHO_EV040_MD2_SA2_ID1797_26072015140049.pdf)>. Acesso em: 17 Jun. 2017.

ARAUJO, L.U.A.; GAMA, Z. A. S.; NASCIMENTO, F. L. A. et al. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3521-3532, Aug. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014000803521&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000803521&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 17 Jun. 2017.

ARAÚJO, R. L.; MENDONÇA, A. V. M.; SOUSA, M. F. Percepção dos usuários e profissionais de saúde no Distrito Federal: os atributos da atenção primária. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n.105, p. 387-399, June 2015: Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042015000200387&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000200387&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 20 Jul. 2017.

BARBOSA, J.C. **Pós-alta em hanseníase no Ceará: olhares sobre políticas, rede de atenção à saúde, limitação funcional, de atividades e participação social das pessoas atingidas.** 2009. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública. USP, São Paulo.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle da hanseníase na atenção básica: guia prático para profissionais da equipe de saúde da família** / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica; elaboração de Maria Bernadete Moreira e Milton Menezes da Costa Neto. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Guia para o controle da hanseníase, 2002.** Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicações/guia\\_de\\_hanseníase.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicações/guia_de_hanseníase.pdf)>. Acesso em 17 Fev. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Vigilância em Saúde: **dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica / – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_vigilancia\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_vigilancia_saude.pdf)>. Acesso em 02 Jun. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Manual de prevenção de incapacidades**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. 3a ed. Brasília (DF), MS; 2008.

\_\_\_\_\_. Doenças negligenciadas: estratégias do Ministério da Saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.44, n.1, p.200-202, Fev. 2010A. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102010000100023&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000100023&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 16 Jul. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool PCA Tool--Brasil**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2010B. Disponível em: <[http://www.google.com/url?url=http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual\\_instrumento\\_avaliacao.pdf&rct=j&frm=1&q=&esrc=s&sa=U&ei=v4A2VOSIBdeNNtLrgOAN&ved=0CBQQFjAA&usg=AFQjCNEmPbgsGUxF3y\\_-\\_MK4NV9LokWUIA](http://www.google.com/url?url=http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrumento_avaliacao.pdf&rct=j&frm=1&q=&esrc=s&sa=U&ei=v4A2VOSIBdeNNtLrgOAN&ved=0CBQQFjAA&usg=AFQjCNEmPbgsGUxF3y_-_MK4NV9LokWUIA)>. Acesso em: 02 out 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de procedimentos técnicos: baciloscopia em hanseníase/** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010C.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância em saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 812p. 2014. Disponível em: <[www.saude.gov.br/bvs](http://www.saude.gov.br/bvs)>. Acesso em 05 set. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública: manual técnico-operacional [recurso eletrônico]** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília, 2016. Disponível em: <[http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/diretrizes\\_para\\_elimizacao\\_hanseniase\\_-\\_manual\\_-\\_3fev16\\_isbn\\_nucom\\_final\\_2.pdf](http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/diretrizes_para_elimizacao_hanseniase_-_manual_-_3fev16_isbn_nucom_final_2.pdf)>. Acesso em: Acesso em: 01 Set. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde [homepage na Internet]. Secretaria Executiva. Datasus: **Acompanhamento da hanseníase - Brasil**. 2017. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/hansenia/cnv/hanswuf.def>>. Acesso em: Acesso em: 20 ago. 2017.

BRITO, A.L. et al . Tendência temporal da hanseníase em uma capital do Nordeste do Brasil: epidemiologia e análise por pontos de inflexão, 2001 a 2012. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 194-204, Mar. 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2016000100194&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2016000100194&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 10 Jul 2017.

CAMPBELL, S. M.; ROLAND, M. O.; BUETOW, S. A. Defining quality of care. **Social Science & Medicine**, England, v. 51, n. 11, p. 1611-1625, 2000.

CASTRO, S.M.S.; WATANABE, H.A.W. Isolamento compulsório de portadores de hanseníase: memória de idosos. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 2, p. 449-487, June 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702009000200010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702009000200010&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 28 Jun 2017.

COSTA, R. K. S.; MIRANDA, F. A. N. Formação profissional no SUS: oportunidades de mudanças na perspectiva da estratégia de saúde da família. **Trab Educ Saúde**, 6(3):503-51, 2008.

CRESPO, M. J.; GONCALVES, A.. Avaliação das possibilidades de controle da hanseníase a partir da poliquimioterapia. **Rev. Port. Sau. Pub.**, Lisboa , v. 32, n. 1, mar. 2014. Disponível em:<[http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0870-90252014000100011&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-90252014000100011&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 08 out. 2014.

COTRAN, R.S.; KUMAR, V.; ROBBINS, S. L. **Patologia Estrutural e Funcional**, 6ª Edição. Ed. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro, 2000.

DOMINGUEZ, B. Problema persistente: Prevalência cai, mas Brasil é o único no mundo. 2015. Escola de saúde pública-ENSP/FIOCRUZ, **Rev. Radis** nº 150, Mar. 2015. Disponível em: <[http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/sites/default/files/radis\\_150.pdf](http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/sites/default/files/radis_150.pdf). Acesso em: 20 Jun. 2017.

DUARTE, M. T. C.; SIMONETTI, J. P.; AYRES, J. A. **Consulta de enfermagem ao portador de hanseníase: análise de um instrumento e caracterização da assistência prestada**. In: I Simpósio Internacional de Políticas e Práticas em Saúde Coletiva na Perspectiva da Enfermagem, 2007, São Paulo. Anais. São Paulo, 2007.

DUNCAN, B.B. et al. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**/Organizadores,– 4. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2013.

DURAES, S.M. B. et al . Estudo de 20 focos familiares de hanseníase no município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro. **An. Bras. Dermatol.**, Rio de Janeiro , v. 80, supl. 3, p. S295-S300, Dec. 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0365-05962005001000006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962005001000006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 12 Jul. 2017.

ESCÓRCIO, M.K.B.M.; SOUSA, A.M.C.; RODRIGUES, L.M.; NOGUEIRA, L.T.; Epidemiologia da hanseníase no Estado do Piauí no período de 2006 a 2013. **S A N A R E**,

ISSNe:2317-7748, V.14 - Suplemento 1 - COPISP – 2015. Disponível em: <<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/viewFile/713/415>>. Acesso em: 03 Set. 2017.

FERREIRA, F. X. **Análise da implantação do programa de eliminação da hanseníase em Manaus**. 2005. 133 f. Dissertação (Mestrado em Ciências na Área de Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Manaus, 2005.

FIGUEREDO, I. A. **O plano de eliminação da hanseníase no Brasil em questão: o entrecruzamento de diferentes olhares na análise da política pública**. Tese (Doutorado em Políticas Públicas) Universidade Federal do Maranhão. São Luís-MA, 2006.

FREITAS, B.H.B.M.; CORTELA, D.C.B.; FERREIRA, S.M.B. Trend of leprosy in individuals under the age of 15 in Mato Grosso (Brazil), 2001-2013. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.51, 28, 2017. Disponível em: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102017000100226&lng=en&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000100226&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 30 Jun. 2017.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 2002.

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.

GRACIE, R. et al. Análise da distribuição geográfica dos casos de hanseníase. Rio de Janeiro, 2001 a 2012. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1695-1704, May 2017. Disponível em: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232017000501695&lng=en&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017000501695&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 18 Jul. 2017.

HACKER M. A.V. B. et al. Pacientes em centro de referência para hanseníase: Rio de Janeiro e Duque de Caxias, 1986-2008. **Cienc Saude Coletiva**. 17(9):2533-41, 2012.

HARZHEIM, E. et al. Internal consistency and reliability of Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil) for child health services. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1649-1659, 2006.

IMBIRIBA, E.N.B et al. Social inequality, urban growth and leprosy in Manaus: a spatial approach. **Rev Saude Publica**. 43(4), 656-665, 2009.

LANZA, F.M. **Avaliação da atenção primária no controle da hanseníase: validação de instrumentos e análise do desempenho de municípios endêmicos do Estado de Minas**

**Gerais**, 2014. Tese (doutorado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Doutorado em Enfermagem, Belo Horizonte-MG, 2014.

LANZA, F. M. et al. Instrumento para avaliação das ações de controle da hanseníase na Atenção Primária. **Rev. bras. Enferm.**, Brasília , v. 67, n. 3, p. 339-346, June 2014A. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672014000300339&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000300339&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 05 Jun. 2017.

LANZA, F. M. et al . Evaluation of the Primary Care in leprosy control: proposal of an instrument for users. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 48, n. 6, p. 1054-1061, Dec. 2014B. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_art\\_text&pid=S0080-62342014000601054&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_art_text&pid=S0080-62342014000601054&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em on 05 Mai. 2017.

LANZA, F. M.; LANA, F. C. F. O processo de trabalho em hanseníase: tecnologias e atuação da equipe de saúde da família. **Texto & Contexto Enferm.** 20(nº. esp):238-46, 2011.

LASTÓRIA J. C.; MORGADO A.M.A.M. Hanseníase: revisão dos aspectos epidemiológicos, etiopatogênicos e clínicos. Parte I. **An Bras Dermatol.** 89:205-19; 2014.

LEÃO, C. D. A.; CALDEIRA, A. P. Avaliação da associação entre qualificação de médicos e enfermeiros em atenção primária em saúde e qualidade da atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 16, núm. 11, novembro, 2011 , pp. 4415-4423 Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva Rio de Janeiro, Brasil.

LIMA, E. F. A.; SOUSA, A. I.; PRIMO, C. C. et al. Avaliação dos atributos da atenção primária na perspectiva das usuárias que vivenciam o cuidado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 3, p. 553-559, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/2015\\_nahead/pt\\_0104-1169-rlae-0496-2587.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/2015_nahead/pt_0104-1169-rlae-0496-2587.pdf)>. Acesso em 20 Jul. 2017.

LIMA, S.C.S. **Orientação familiar e comunitária na estratégia saúde da família na regional norte de Teresina/PI – avaliação a partir do usuário adulto**, 2014. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Mestrado Profissional em Saúde da Família, Fortaleza, 2014.

LUSTOSA, A.A. **O impacto da hanseníase na qualidade de vida relacionada à saúde**. 103f. Dissertação (mestrado em ciências e saúde) – Universida Federal do Piauí, Teresina-PI de Católica Dom Bosco, Campo Grande-MS, 2010.

LUSTOSA, A.A et al. The impact of leprosy on health-related quality of life. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba , v. 44, n. 5, p. 621-626, Oct. 2011. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0037-86822011000500019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822011000500019&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 19 Jun. 2017.

MARTÍNS, M. A. **Qualidade de vida em portadores de hanseníase, 2009.** 98f. Dissertação (mestrado em psicologia)- Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande-MS, 2009.

MATA, L. R. F. **Efetividade de um programa de ensino para o cuidado domiciliar de pacientes submetidos à prostatectomia radical: ensaio clínico randomizado, 2013.** 191 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

MELÃO, S. et al. Perfil epidemiológico dos pacientes com hanseníase no extremo sul de Santa Catarina, no período de 2001 a 2007. *Rev Soc Bras Med Trop.* 44 (1): 79-84, 2011.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 9ª ed. Revista e aprimorada, São Paulo, Ed. Hucitec, 2006.

MORAIS, P. B.; GUZZO, L.; SYLVIO A.; FRAGA, L. O. Perfil epidemiológico da hanseníase em idosos no Brasil no ano de 2012. In **Anais do II Congresso Internacional de Envelhecimento Humano.** Campina Grande-PB, 2013.

MOREIRA, A. J. et al . Ação educativa sobre hanseníase na população usuária das unidades básicas de saúde de Uberaba-MG. **Saúde debate,** Rio de Janeiro , v. 38, n. 101, June 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-1042014000200234&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-1042014000200234&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 03 Fev. 2017.

MORENO, C. M. C.; ENDERS, B. C.; SIMPSON, C. A. Avaliação das capacitações de hanseníase: opinião de médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família. **Rev. bras. enferm.,** Brasília, v. 61, n. spe, p. 671-675, Nov. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672008000700003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000700003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 01 Jun 2017.

OLIVEIRA, M. L. W. de. Estratégias de prevenção e controle da hanseníase. In: ALVES, E. D; FERREIRA, T. L.; FERREIRA, I. N. **Hanseníase: avanços e desafios.** Brasília: Nesprom, p. 401-418, 2014.

OSUGUE, S. M.; OSUGUE, J. Y.; **Hanseníase. In:** TAVARES, W.; MARINHO, L. A. C.; **Rotinas de diagnóstico e tratamento das doenças infecciosas e parasitárias.** 1ª Ed. São Paulo: atheneu, 2005.

PELARIGO, J. G. T. et al. Declínio cognitivo, independência funcional e sintomas depressivos em idosos com hanseníase. **Hansen Int.** 39 (1): p. 30-39, 2014.

PEREIRA, A.J. et al. Atenção básica de saúde e a assistência em Hanseníase em serviços de saúde de um município do Estado de São Paulo. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 61, n. spe, p. 716-725, Nov. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672008000700011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000700011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 03 Jun. 2017.

PEREIRA, E. V. E. **Avaliação dos resultados das ações do programa de controle da hanseníase desenvolvidas no município de Teresina, 2010.** 72f. Dissertação (mestrado em ciências e saúde)- Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2010.

PEREIRA, G.F.M. **Características da hanseníase no Brasil:** Situações e tendências no período de 1985 a 1996. Tese (Mestrado em Epidemiologia) - Escola Paulista de Medicina. Universidade de São Paulo. São Paulo, 1999.

PINHO, R. D. B. **Controle da hanseníase na atenção básica em saúde no Brasil:** Análise de Fatores de estrutura e processo de trabalho. 2017. [94 folhas]. Dissertação (PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA/CCBS) - Universidade Federal do Maranhão, São Luís-MA.

PINTO NETO, J.M. et al. Análise do controle dos contatos intradomiciliares de pessoas atingidas pela hanseníase no Brasil e no estado de São Paulo de 1991 a 2012. **Hansen. int;** 38(1/2):68-78, 2013. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=789354&indexSearch=ID>>. Acesso em: 31 Ago. 2017.

PORTELA, G.Z. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. **Physis**, v. 27, n. 2, p. 255-276, June 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312017000200255&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312017000200255&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 02 Jul 2017.

PRATES, M.L. et al . Desempenho da Atenção Primária à Saúde segundo o instrumento PCATool: uma revisão sistemática. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 6, p. 1881-1893, June 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232017000601881&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017000601881&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 09 Jul 2017.

REIS, B.M.; CASTRO, S.; FERNANDES, L.F.R.M. Limitation of activity and restriction of social participation in relation to age range, gender, and education in people with leprosy. **An. Bras. Dermatol.**, Rio de Janeiro , v. 92, n. 3, p. 335-339, June 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0365-05962017000300335&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962017000300335&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 02 Jul 2017.

RODRIGUES JÚNIOR, I. A.; GRESTA, L. T. Testes de sensibilidade cutânea. In: Lyon S, Grossi MAF. **Hanseníase.** Rio de Janeiro: Medbook, 2013.

RODRIGUES, L.C; LOCKWOOD D.N. Leprosy now: epidemiology, progress, challenges, and research gaps. **Lancet Infect Dis.** 11:464-70, 2011.

RODRIGUES, M. M.; GALINDO, J. C. S., SILVA, P. G.; GROSSI, M. A. F., PENNA, G. O. Hanseníase in **Dermatologia**: do Nascer ao Envelhecer. Rodrigues MM. 1a ed. Rio de Janeiro: Medbook; 2012.

SAMPAIO, P. P. et al. Programa de controle da hanseníase no Brasil: avaliação por profissionais de saúde. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, 17 (1): 273 - 287, 2009.

SANTOS, A.S.; CASTRO, D.S.; FALQUETO, A. Fatores de risco para transmissão da Hanseníase. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 61, n. spe, p. 738-743, Nov. 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672008000700014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000700014&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 08 Jun. 2017.

SARMENTO, A. P. A. Perfil epidemiológico da hanseníase no período de 2009 a 2013 no município de Montes Claros-MG. **Rev Soc Bras Clin Med.** jul-set; 13(3):180-4, 2015.

SARNO, E.N.A hanseníase no laboratório. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, 2010 . Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702003000400013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702003000400013&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 20 ago. 2017.

SILVA, A.R. et al . Hanseníase no Município de Buriticupu, Estado do Maranhão: busca ativa de casos na população adulta. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, v. 43, n. 6, p. 691-694, Dec. 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0037-86822010000600018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822010000600018&lng=en&nrm=iso). Acessível em: 02 Jun. 2017.

SILVA SOBRINHO, R. A. da et al. Avaliação do grau de incapacidade em hanseníase: uma estratégia para sensibilização e capacitação da equipe de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 6, p. 1125-1130, Dec. 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692007000600011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000600011&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 02 Jun. 2017.

SOUSA, G.S.; SILVA, R.L.F.; XAVIER, M.B. Hanseníase e Atenção Primária à Saúde: uma avaliação de estrutura do programa. **Saúde debate**, , v. 41, n. 112, p. 230-242, Mar. 2017. Disponível em: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042017000100230&lng=en&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000100230&lng=en&nrm=iso). Acesso em 06 Jun 2017.

SOUTAR, D. Integration of leprosy services. **Leprosy Review**, London, v. 73, n. 2, p. 109-110, jun. 2002.



STARFIELD B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2002.

STARFIELD, B. et al. Measuring consumer experiences with primary care. **Pediatrics**, United States, v. 105, n. 4, p. 998-1003, Apr. 2000.

STARFIELD, B.; XU, J.; SHI, L. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. **The Journal of Family Practice**, United States, v. 50, n. 2, p. 161-175, 2001.

TALHARI S.; NEVES, R.G.; PENNA, G.O.; OLIVEIRA, M.L.V., editores. **Hanseníase.** 4 ed. Manaus: Editora Lorena, p. 21-58, 2006.

TEIXEIRA, M.A; SILVEIRA, M. A.; SILVEIRA, V. M.; FRANÇA, E. R. Características epidemiológicas e clínicas das reações hansênicas em indivíduos paucibacilares e multibacilares, atendidos em dois centros de referência para hanseníase na cidade de Recife, estado de Pernambuco. . **Rev Soc Bras Med Trop.** 43 (3):287-92, 2010.

TRIOLA, M.F. **Introdução à Estatística.** 7a. Ed. Rio de Janeiro: LTC, 1999.

VAN BEERS, S.M.; HATTA, M.; KLATSER, P.R. **Patient contact is the major determinant in incident leprosy: implications for future control.** *Int J Lepr* 1999; 67:119-28. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10472363>>. Acesso em: 04 Jun. 2017.

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**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. s148-s158, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008001300019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300019&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 04 Jul. 2017.

VIANA, L.M.M. **Avaliação da Atenção Primária à Saúde de Teresina na perspectiva das usuárias, 2012.** p. 127. Dissertação (Mestrado) Universidade Federal do Piauí, Mestrado em enfermagem, Teresina-PI.

VIETH, H.; SALOTTI, S. A. R. Prevenção de lesões oculares em hanseníase. In: DUERKSEN, F; VIRMOND, M. C. L. **Cirurgia reparadora e reabilitação em hanseníase.** Bauru: Centro de Estudos Dr. Reynaldo Quagliato, p. 165-174, 1997.

VISSCHEDIJK, J; ENGELHARD, A.; LEVER, P.; GROSSI, M.A.F.; FEENSTRA P. Leprosy control strategies and the integration of health services: an international perspective. **Cad Saúde Pública**. 19(6):1567-81, 2003.

WHO. **Global Leprosy Strategy: Accelerating towards a leprosy-free world: 2016-2020.** Updated Operational Guidelines. 2016A. Disponível em: <[http://apps.searo.who.int/PDS\\_DOCS/B5233.pdf?ua=1](http://apps.searo.who.int/PDS_DOCS/B5233.pdf?ua=1)>. Acesso em: 12 Jun. 2017.

WHO. **Weekly Epidemiological Record:** Global leprosy update, 2015: time for action, accountability and inclusion. 2, 91 th YEAR No 35, 91 , 405–420, SEPTEMBER 2016B. Disponível em: < <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/249601/1/WER9135.pdf ? ua=1>> Acesso em: 22 Jul. 2017.

## **ANEXOS**

**ANEXO A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE**

Pág. 1-5

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Segundo a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), o respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido e, no caso de crianças e adolescentes ou legalmente incapaz também do assentimento dos participantes, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa.

Os referenciais seguidos na Resolução são os da "bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado".

A mesma Resolução conceitua Assentimento Livre e Esclarecido como anuência do participante da pesquisa, criança, adolescente ou legalmente incapaz, livre de vícios (simulação, fraude ou erro), dependência, subordinação ou intimidação. Tais participantes devem ser esclarecidos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa lhes acarretar, na medida de sua compreensão e respeitados em suas singularidades e Consentimento Livre Esclarecido como anuência do participante da pesquisa e/ou de seu representante legal, livre de vícios (simulação, fraude ou erro), dependência, subordinação ou intimidação, após esclarecimento completo e pormenorizado sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar.

Você, na qualidade de participante da pesquisa, está sendo consultado para participar de uma pesquisa. Você precisa decidir se quer autorizar ou não sua inclusão como participante da pesquisa.

Para melhor esclarecer, participante da pesquisa, de acordo com a Resolução 466/12, do CNS, é o "indivíduo que, de forma esclarecida e voluntária, ou sob o esclarecimento e autorização de seu(s) responsável(is) legal(is), aceita ser pesquisado. A **participação deve se dar de forma gratuita**, ressalvadas as pesquisas clínicas de Fase I ou de Bioequivalência".

Por favor, não se apresse em tomar a decisão.

Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pela pesquisa sobre qualquer dúvida que tiver.

Após ser **esclarecido (a)** sobre as informações a seguir, no caso de autorizar sua participação como sujeito de pesquisa, assine este documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável.

Viníolo Campelo  
my

Você poderá recusar sua participação de imediato e a qualquer tempo sem que com isto haja qualquer penalidade.

#### ESCLARECIMENTO SOBRE A PESQUISA:

Caso esteja com dúvidas antes ou depois da sua autorização em participar do estudo, poderá consultar os pesquisadores nos contatos abaixo, ou entrar em contato diretamente com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí:

#### Endereço:

Comitê de Ética em Pesquisa - UFPI.  
Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Bairro Ininga.  
Pró Reitoria de Pesquisa - PROPESQ.  
CEP: 64.049-550 - Teresina - PI.

Telefone: 86 3237-2332 .  
E-mail: cep.ufpi@ufpi.br

Web.: [www.ufpi.br/cep](http://www.ufpi.br/cep)

Horário de Atendimento ao Público

Secretário: Jhonata da Silva

Bolsista: Alexandre Henrique Gramosa

Segunda a sexta:  
Manhã: 08:00 às 12:00.  
Tarde: 14:00 às 18:00.

Projeto de Pesquisa intitulado: "AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM HANSENÍASE: PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA CIDADE DE TERESINA-PI

Pesquisador responsável: **VIRIATO CAMPELO**

Telefone(s) para contato: (086) 99401-5254

E-mail: [Viriato.campelo@bol.com.br](mailto:Viriato.campelo@bol.com.br)

Pesquisadora Responsável: **NAYLA ANDRADE BARBOZA.**

Telefone(s) para contato: (086) 99996-4980/ (086) 99411-8865.

E-mail: [naylabarb@bol.com.br](mailto:naylabarb@bol.com.br)



\_\_\_\_\_  
Viriato Campelo - Pesquisador responsável.



\_\_\_\_\_  
Nayla Andrade Barboza - Pesquisadora responsável.

Eu, ....., tendo sido convidado(a) a participar como voluntário(a) do estudo intitulado " **AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM HANSENÍASE: PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA CIDADE DE TERESINA-PI**", recebi do Prof. doutor. **Viriato Campelo** (subcoordenador do Programa de Pós-Graduação em Ciências e Saúde da UFPI) e da mestranda em Ciências e Saúde **Nayla Andrade Barboza** (do Campus Ministro Petrônio Portella/CCS/UFPI em Teresina-PI), ambos responsáveis por esta pesquisa, as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

- Que o estudo se destina a avaliar o desempenho da atenção primária à saúde em hanseníase da cidade de Teresina na perspectiva de profissionais e usuários dos serviços de saúde, buscando-se a identificação dos fatores relacionados com o melhor ou pior desempenho da atenção primária nas ações de controle da hanseníase;
- Que a importância deste estudo é a de que se possa aprofundar o conhecimento a respeito dos determinantes da manutenção de regiões de alta endemicidade de hanseníase;
- Que os resultados que se desejam alcançar são a determinação dos principais fatores relacionados com o melhor/pior desempenho da atenção primária nas ações de controle da hanseníase na perspectiva dos profissionais e usuários na cidade de Teresina-PI; verificar se o desempenho da atenção primária nas ações de controle da hanseníase pode ser um determinante para a alta prevalência da endemicidade da doença na cidade de Teresina-PI e analisar as contribuições que a avaliação do desempenho da atenção primária nas ações de controle da hanseníase pode trazer para a qualificação dessa atenção.
- Que esse estudo começará em abril e terminará em dezembro de 2016;
- Que o estudo será feito da seguinte maneira: após autorizar a minha participação na pesquisa, será marcado um horário conforme a minha disponibilidade para que eu vá a uma sala reservada e responda as perguntas feitas a mim e onde responderei um questionário sobre desempenho da atenção primária à saúde em hanseníase. Sendo que me foi

Viriato Campelo

NR

dito que não preciso responder as perguntas sobre temas que eu não queira falar;

- Que eu participarei desta etapa de entrevista, porém, terei acesso às informações do estudo em qualquer momento que desejar;
- Que os incômodos que poderei sentir com a minha participação são relativos à perguntas que se referem à minha atividade profissional, não há outro tipo de risco, não serei submetido ao uso de medicamentos, injeções, drogas ou qualquer teste físico;
- Que os possíveis riscos à minha saúde física e mental são mínimos, uma vez que apenas responderei às perguntas que quiser durante esta entrevista;
- Que deverei contar com a assistência dos pesquisadores caso me sinta prejudicado por algum aspecto da pesquisa, mesmo ciente de que os riscos são pequenos;
- Que os benefícios que deverei esperar com a minha participação, mesmo que não diretamente, será o melhor entendimento a respeito dos determinantes da manutenção de regiões de alta endemicidade de hanseníase no município de Teresina;
- Que minha participação será momentânea, e que serei entrevistado(a) uma única vez, mas sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre o andamento deste estudo.
- Que, a qualquer momento, eu poderei recusar a continuar participando do estudo e, também, que eu poderei retirar este meu consentimento, sem que isso me traga qualquer penalidade ou prejuízo.
- Que as informações conseguidas através da minha participação não permitirão a ninguém saber das minhas respostas, exceto aos responsáveis pelo estudo, e que a divulgação das minhas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto.

Viviane Campos



- Que eu receberei de volta qualquer valor ou despesas que tenha gasto com a minha participação nesse estudo, mesmo tendo sido esclarecido que o estudo não acarretará nenhuma despesa para mim.
- Que eu receberei uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinada pelos pesquisadores responsáveis por este estudo.

Finalmente, tendo eu compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação neste estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Teresina, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

Nome e Assinatura do participante

*Viriato Campelo*

Viriato Campelo- pesquisador responsável

*Nayla Andrade Barboza*

Nayla Andrade Barboza-pesquisadora responsável



**ANEXO B: Instrumento de avaliação do desempenho da atenção primária à saúde em hanseníase: versão usuários**

<b>INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NAS AÇÕES DE CONTROLE DA HANSENÍASE: USUÁRIOS</b>		
Número do questionário:		
Município:		
Responsável pela coleta de dados:		
Data da coleta de dados:		
Digitador1:	Digitador2:	
Data da digitação 1:	Data da digitação 2:	
<b>A. INFORMAÇÕES SOBRE O (A) ENTREVISTADO(A)</b>		
A.1	Nome do usuário:	
A.2	Endereço:	
<b>INFORMAÇÕES DA FICHA DE NOTIFICAÇÃO DO SINAN</b>		
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 ( )
<b>INFORMAÇÕES SÓCIO-DEMOGRÁFICAS</b>		

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 ( )
<b>VOCÊ POSSUI?</b>		
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>B. GRAU DE AFILIAÇÃO</b>		
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?
<b>GRAU DE AFILIAÇÃO – COMPONENTE DE ESTRUTURA DO ATRIBUTO ATENDIMENTO CONTINUADO</b>		

**GRAU DE AFILIAÇÃO COM SERVIÇO DE APS (B1, B2 e B3):**

Todas as respostas indicam um serviço que não é da rede de APS B1 ≠ B2 ≠ B3	Grau de Afiliação = 1
Todas as respostas são diferentes, mas uma indica um serviço da rede de APS B1 ≠ B2 ≠ B3	Grau de Afiliação = 2
Duas respostas indicam um serviço da rede de APS e são iguais B1=B2 ou B1=B3 ou B2=B3	Grau de Afiliação = 3
Todas as respostas indicam um serviço da rede de APS e são iguais B1 = B2 = B3	Grau de Afiliação = 4



<b>GRAU DE AFILIAÇÃO COM SERVIÇO DE APS PARA TRATAMENTO DA HANSENÍASE (B4, B5 e B6):</b>		
Todas as respostas indicam um serviço de atenção secundária da hanseníase B4 ≠ B5 ≠ B6		Grau de Afiliação = 1
Todas as respostas são diferentes, mas uma indica um serviço da rede de APS B4 ≠ B5 ≠ B6		Grau de Afiliação = 2
Duas respostas indicam um serviço da rede de APS e são iguais B4=B5 ou B4=B6 ou B5=B6		Grau de Afiliação = 3
Todas as respostas indicam um serviço da rede de APS e são iguais B4 = B5 = B6		Grau de Afiliação = 4
<b>C. PORTA DE ENTRADA</b>		
<b>Sempre remeter “unidade de saúde da APS” à resposta da questão B.6 (serviço onde realiza o tratamento da hanseníase)</b>		
C.1		A unidade de saúde da APS foi o primeiro local que você procurou quando apresentou 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?
<b>Somente responder a questão C.3 caso o paciente tenha apresentado neurite, reações hansênicas ou reações medicamentosas. Caso contrário, NSA (não se aplica)</b>		
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?
<b>Somente responder a questão C.4 caso o paciente tenha sido encaminhado ao especialista. Caso contrário, NSA (não se aplica)</b>		
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)?
<b>D. ACESSO</b>		
<b>Sempre remeter “unidade de saúde” à resposta da questão B.6 (serviço onde realiza o tratamento da hanseníase)</b>		
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?
<b>Somente responder a questão D.9 caso o paciente tenha apresentado neurite, reações hansênicas ou reações medicamentosas. Caso contrário, NSA (não se aplica)</b>		
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)?
<b>E. ATENDIMENTO CONTINUADO</b>		
<b>Sempre remeter “unidade de saúde” à resposta da questão B.6 (serviço onde realiza o tratamento da hanseníase)</b>		
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?
<b>F. INTEGRALIDADE</b>		
<b>Responda as questões F.1 a F.17 de acordo com a resposta da questão B.6 (serviço onde realiza o tratamento da hanseníase)</b>		
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 de doenças endêmicas (leishmaniose, 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
<b>INTEGRALIDADE DOS SERVIÇOS PRESTADOS</b>		
<b>Responda as questões F.18 a F.43 de acordo com a resposta da questão B.6 (serviço onde realiza o tratamento da hanseníase)</b>		
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
<b>Somente responder as questões F.37 e F.38 se caso o paciente estiver em alta. Caso contrário, NSA (não se aplica)</b>		
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
<b>Se o entrevistado respondeu a pergunta B.10 (se teve reação hansênica), responda as questões F.39 a F.43</b>		
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
<b>G. COORDENAÇÃO</b>		
<b>Somente responder caso o paciente ter sido encaminhado ao especialista. Caso contrário, NSA (não se aplica)</b>		
Você já foi em alguma consulta com especialista por causa da hanseníase?		
Se <b>NÃO</b> , siga para o atributo <b>ORIENTAÇÃO FAMILIAR</b>		
Se <b>SIM</b> , responda as perguntas G.1 a G.13		
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
<b>H. ORIENTAÇÃO FAMILIAR</b>		
<b>Sempre remeter “unidade de saúde” à resposta da questão B.6 (serviço onde realiza o tratamento da hanseníase)</b>		
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?
<b>Somente responda a questão H.10 caso o paciente tenha recebido alta por cura. Caso contrário NSA (não se aplica)</b>		
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?
<b>I. ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA</b>		
<b>Sempre remeter “unidade de saúde” à resposta da questão B.6 (serviço onde realiza o tratamento da hanseníase)</b>		
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 C: Instrumento de avaliação do desempenho da atenção primária à saúde em hanseníase: versão profissionais.**

<b>INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DA ATENÇÃO BÁSICA PRIMÁRIA NAS AÇÕES DE CONTROLE DA HANSENÍASE: <u>PROFISSIONAIS DE SAÚDE.</u></b>		
Número do questionário:		
Município:		
Responsável pela coleta de dados:		
Data da coleta de dados:		
Digitador1:	Digitador2:	
Data da digitação 1:	Data da digitação 2:	
<b>A. INFORMAÇÕES SOBRE O (A) ENTREVISTADO(A)</b>		
A.1	Nome:	
A.2	Nome da unidade de saúde:	
A.3	Ocupação:	
	Médico ESF	1 ( )
	Enfermeiro ESF	2 ( )
A.4	Pós graduação: ( ) Sim ( ) Não	
A.5	Tempo que trabalha nessa unidade:	
A.6	Tempo que trabalha em serviços de atenção primária à saúde:	

A.7	Número de treinamentos em ações de controle da hanseníase:
A.8	Há quanto tempo você trabalha em ações de controle da hanseníase?
A.9	Você já atendeu caso de hanseníase nessa unidade de saúde? ( ) Sim ( ) Não
<b>B. INFORMAÇÕES SOBRE A ATENÇÃO À HANSENÍASE NO MUNICÍPIO</b>	
B.1	Qual é o serviço de saúde que os usuários procuram quando apresentam 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?
<b>C. PORTA DE ENTRADA</b>	
C.1	A unidade de saúde da APS é o primeiro serviço de saúde que os usuários procuram quando apresentam 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, reações hansênicas)?
C.4	Os usuários sempre tem que realizar consulta na unidade de saúde da APS pra serem encaminhados para uma avaliação de hanseníase com especialista?
<b>D. ACESSO</b>	
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 com o médico ou enfermeiro no prazo de 24 horas?
<b>Somente responda a questões D.7 a D.9, se o entrevistado tiver atendido caso de hanseníase. Caso contrário, NSA (não se aplica).</b>		
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)?
<b>E. ATENDIMENTO CONTINUADO</b>		
<b>Somente responda as questões E.1 A E.11, se o entrevistado tiver atendido caso de hanseníase. Caso contrário, NSA (não se aplica).</b>		
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?
<b>F. INTEGRALIDADE</b>		
<b>INTEGRALIDADE DE SERVIÇOS DISPONÍVEIS</b>		
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 (leishmaniose, 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
<b>INTEGRALIDADE DOS SERVIÇOS PRESTADOS</b>		
<p><b>Se a unidade de saúde onde o entrevistado atua realiza o acompanhamento do caso de hanseníase, pergunte:</b>  A UNIDADE DE SAÚDE <b>REALIZA</b> 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><b>Se a unidade de saúde onde o entrevistado atua <u>não</u> realiza o acompanhamento do caso de hanseníase, pergunte:</b>  A UNIDADE DE SAÚDE <b>ESTÁ PREPARADA</b> 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.			
<b>Qual será a sua conduta no atendimento de um caso suspeito de hanseníase?</b>			
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		
<b>Qual será a sua conduta no atendimento para a confirmação do diagnóstico de hanseníase? (SOMENTE PARA OS MÉDICOS)</b>			

Anamnese (história do paciente)	<input type="checkbox"/> Sim	Teste de sensibilidade dos olhos	<input type="checkbox"/> Sim
Exame físico geral	<input type="checkbox"/> Sim	Preenchimento da Ficha de Notificação do SINAN	<input type="checkbox"/> Sim
Teste de sensibilidade da pele com estesiômetro	<input type="checkbox"/> Sim	Administração da dose supervisionada	<input type="checkbox"/> Sim
Teste de sensibilidade da pele com algodão	<input type="checkbox"/> Sim	Orientações sobre a hanseníase	<input type="checkbox"/> Sim
Teste de sensibilidade da pele - quente/frio	<input type="checkbox"/> Sim	Orientações sobre o exame de contatos	<input type="checkbox"/> Sim
Teste de sensibilidade da pele – doloroso com alfinete	<input type="checkbox"/> Sim	Avaliação da acuidade visual	<input type="checkbox"/> Sim
Palpação de nervos periféricos	<input type="checkbox"/> Sim	Determinação do grau de incapacidade física	<input type="checkbox"/> Sim
Avaliação da força motora	<input type="checkbox"/> Sim	Solicitação de baciloscopia	<input type="checkbox"/> Sim
Teste de sensibilidade das mãos	<input type="checkbox"/> Sim	Solicitação de exames laboratoriais	<input type="checkbox"/> Sim
Teste de sensibilidade dos pés	<input type="checkbox"/> Sim		
<b>Qual será a sua conduta no acompanhamento do caso de hanseníase?</b>			
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		

<b>Qual será a sua conduta na alta do caso de hanseníase?</b>			
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
<b>Qual será a sua conduta em caso de reações hansênicas?</b>			
Avaliação neurológica simplificada quinzenalmente ou mensalmente:	<input type="checkbox"/> Sim	Orientação para colocar o membro afetado em repouso	<input type="checkbox"/> Sim
Palpação de nervos periféricos	<input type="checkbox"/> Sim	Iniciar corticoterapia	<input type="checkbox"/> Sim
Avaliação da força motora	<input type="checkbox"/> Sim	Encaminhar para o serviço de referência	<input type="checkbox"/> Sim
Realização do teste de sensibilidade dos olhos, mãos e pés	<input type="checkbox"/> Sim	Acompanhamento periódico da glicemia de jejum	<input type="checkbox"/> Sim
Determinação do grau de acuidade visual	<input type="checkbox"/> Sim	Acompanhamento periódico do peso corporal	<input type="checkbox"/> Sim
		Acompanhamento periódico da pressão arterial	<input type="checkbox"/> Sim
		Vigilância para os problemas oculares que podem ocorrer com o uso prolongado da prednisona	<input type="checkbox"/> Sim
<b>G. COORDENAÇÃO</b>			
<b>Quando o entrevistado não atendeu caso de hanseníase, irá responder somente as questões G.13 a G.21. Nas outras questões, NSA (não se aplica)</b>			

<b>No prontuário do paciente consta:</b>		
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 hansênica s), ele consegue atendimento com especialista?
<b>Sobre o encaminhamento do paciente de hanseníase para o especialista, responda:</b>		
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.13 a G.21: 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
<b>H. ORIENTAÇÃO FAMILIAR</b>		
<b>Somente responda a questões H.1 A H.9, se o entrevistado tiver atendido caso de hanseníase. Caso contrário, NSA (não se aplica)</b>		
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?
<b>Somente responda a questão H.9, se o entrevistado tiver acompanhado caso de hanseníase com alta por cura. Caso contrário, NSA (não se aplica).</b>		
H.9		Você conversa com as pessoas que moram com o paciente sobre os cuidados após a alta por cura?
<b>I.ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA</b>		
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?
<b>J.ORIENTAÇÃO PROFISSIONAL</b>		
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 D: Documento de aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa –CEP/UFPI.



UFPI - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PIAUÍ



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM HANSENÍASE: PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA CIDADE DE TERESINA-PI.

**Pesquisador:** Nayla Andrade Barboza

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 57517316.8.0000.5214

**Instituição Proponente:** FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.794.204

#### Apresentação do Projeto:

Estudo de campo do tipo corte transversal, com abordagem descritiva, e natureza quantitativa que será desenvolvida nas Unidades Básicas de Saúde da zona urbana da cidade de Teresina-PI, que apresentem casos de hanseníase em tratamento, conforme o registro de casos ativos de hanseníase do Sistema de Informação de Agravos de Notificação-SINAN, a ser consultado na Fundação Municipal de Saúde-FMS. A população do estudo será constituída pelos pacientes com diagnóstico de hanseníase que estejam em acompanhamento terapêutico atual nas UBS e os profissionais de saúde de nível superior (médicos e enfermeiros) responsáveis pelo tratamento.

#### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Primário:**

Avaliar o desempenho da atenção primária à saúde em hanseníase da cidade de Teresina na perspectiva de profissionais e usuários dos serviços de saúde

**Objetivo Secundário:**

• Verificar se o desempenho da atenção primária nas ações de controle da hanseníase é um determinante para a alta prevalência da endemicidade da doença na cidade de Teresina-PI. • Analisar as contribuições que a avaliação do desempenho da

**Endereço:** Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa

**Bairro:** Ininga

**CEP:** 64.049-550

**UF:** PI

**Município:** TERESINA

**Telefone:** (86)3237-2332

**Fax:** (86)3237-2332

**E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br





UFPI - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PIAUÍ



Continuação do Parecer: 1.794.204

atenção primária nas ações de controle da hanseníase pode trazer para a qualificação dessa atenção. • Determinar quais fatores estão relacionados com o

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos: possíveis constrangimentos aos participantes da pesquisa por abordar temas que abarcam a intimidade de sua saúde e enfrentamento da patologia estudada.

Benefícios: diretos e indiretos ao possibilitar o entendimento dos determinantes de um bom/mau desempenho da APS e, conseqüentemente, a reorganização e melhoria da assistência

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A proposta é relevante e importante no contexto da Atenção Primária. O percurso metodológico foi delineado de forma completa. Os documentos obrigatórios foram inseridos de forma completa.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos obrigatório foram apresentados no momento da submissão a Plataforma Brasil.

**Recomendações:**

Sem recomendação

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O projeto encontra-se em consonância com a resolução 466/12 do CNS e apto para ser iniciado.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_702389.pdf	03/07/2016 18:42:35		Aceito
Outros	Instrumentocoletadados.docx	03/07/2016 18:34:09	Nayla Andrade Barboza	Aceito
Outros	termodeconfidencialidadesubmissao.pdf	03/07/2016 18:32:27	Nayla Andrade Barboza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termodeassentimentosubmissao.pdf	03/07/2016 18:31:05	Nayla Andrade Barboza	Aceito
TCLE / Termos de	termodeconsentimentosubmissao.	03/07/2016	Nayla Andrade	Aceito

**Endereço:** Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa

**Bairro:** Ininga **CEP:** 64.049-550

**UF:** PI **Município:** TERESINA

**Telefone:** (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



UFPI - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PIAUÍ



Continuação do Parecer: 1.794.204

Assentimento / Justificativa de Ausência	pdf	18:30:27	Barboza	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostonova.pdf	03/07/2016 18:26:51	Nayla Andrade Barboza	Aceito
Parecer Anterior	Pareceranterior.pdf	23/04/2016 10:20:27	Nayla Andrade Barboza	Aceito
Outros	Curriculonayla.pdf	23/04/2016 10:08:54	Nayla Andrade Barboza	Aceito
Outros	tcud.pdf	23/04/2016 10:03:01	Nayla Andrade Barboza	Aceito
Outros	cartaencaminhamento.pdf	23/04/2016 10:00:18	Nayla Andrade Barboza	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaopesquisadores.pdf	23/04/2016 09:58:02	Nayla Andrade Barboza	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	23/04/2016 09:56:16	Nayla Andrade Barboza	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetodetalhado.docx	23/04/2016 09:55:15	Nayla Andrade Barboza	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacaoinstitucional.pdf	19/04/2016 19:57:10	Nayla Andrade Barboza	Aceito
Orçamento	Orcamento.docx	19/04/2016 19:48:31	Nayla Andrade Barboza	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

TERESINA, 26 de Outubro de 2016

*Prof. Dr. Herbert de Sousa Barbosa*

Assinado por:

Prof. Dr. Herbert de Sousa Barbosa  
Coordenador CEP - UFPI  
Portaria PROPEAQ Nº 01/2017

Lúcia de Fátima Almeida de Deus Moura  
(Coordenador)

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa

Bairro: Ininga CEP: 64.049-550

UF: PI Município: TERESINA

Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br

**ANEXO E: Classificação brasileira de ocupações (CBO 2002).**

<b>CBO 2002 - Grandes Grupos / Títulos</b>		<b>Nível de Competência</b>
0	Forças Armadas, Policiais e Bombeiros Militares	Não definido
1	Membros superiores do poder público, dirigentes de organizações de interesse público e de empresas e gerentes	Não definido
2	Profissionais das ciências e das artes	4
3	Técnicos de nível médio	3
4	Trabalhadores de serviços administrativos	2
5	Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados	2
6	Trabalhadores agropecuários, florestais, da caça e pesca	2
7	Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais	2
8	Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais	2
9	Trabalhadores de manutenção e reparação	2