



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO E
DOUTORADO

INARA VIVIANE DE OLIVEIRA SENA

**QUALIDADE DA ATENÇÃO À HANSENÍASE NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE
EM MUNICÍPIO HIPERENDÊMICO NO NORDESTE BRASILEIRO**

TERESINA
2016

INARA VIVIANE DE OLIVEIRA SENA

**QUALIDADE DA ATENÇÃO À HANSENÍASE NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE
EM MUNICÍPIO HIPERENDÊMICO NO NORDESTE BRASILEIRO**

Dissertação de Mestrado submetida à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, área de concentração: a enfermagem no contexto social brasileiro, linha de pesquisa: políticas e práticas socioeducativas em enfermagem, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestra em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Telma Maria Evangelista de Araújo

TERESINA
2016

INARA VIVIANE DE OLIVEIRA SENA

**QUALIDADE DA ATENÇÃO À HANSENÍASE NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE
EM MUNICÍPIO HIPERENDÊMICO NO NORDESTE BRASILEIRO**

Dissertação de Mestrado submetida à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, área de concentração: A Enfermagem no contexto social brasileiro, linha de pesquisa: Políticas e práticas socioeducativas em Enfermagem, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestra em Enfermagem.

Aprovada em:16/12/2016

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Telma Maria Evangelista de Araújo – Presidente
Universidade Federal do Piauí – UFPI

Prof.^a Dr.^a Dorlene Maria Cardoso de Aquino -1^a Examinadora
Universidade Federal do Maranhão – UFMA

Prof.^a Dr.^a Lidya Tolstenko Nogueira – 2^a Examinadora
Universidade Federal do Piauí – UFPI

Prof. Dr. Viriato Campelo – Suplente
Universidade Federal do Piauí – UFPI

FICHA CATALOGRÁFICA
Universidade Federal do Piauí
Biblioteca Comunitária Jornalista Carlos Castello Branco
Serviço de Processamento Técnico

S474q Sena, Inara Viviane de Oliveira.
Qualidade da atenção à hanseníase na rede pública de saúde em município hiperendêmico no nordeste brasileiro / Inara Viviane de Oliveira Sena– 2016.
97 f. : il.

Dissertação (Mestrado) – Pós-graduação em Enfermagem,
Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2016.
“Orientação: Prof^ª. Dr^ª. Telma Maria Evangelista de Araújo.”

1. Hanseníase. 2. Assistência à saúde - Qualidade. 3. Serviços de saúde - Avaliação. I. Título.

CDD 616.998

A Deus por fazer-me humilde para aprender, lutar e conquistar meus sonhos. À mãe-amiga, minha companheira, meu apoio incondicional, meu exemplo, à quem dedico mais essa conquista.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Ana Rosa e João Sena, irmãos Ingrid Virgínia e Cláudio Alisson pelos exemplos diários de perseverança, persistência, dedicação e fé que motivam e mostram-me que não importa a distância, mas o caminho que trilho para conquistar meus objetivos. Vocês são a minha fortaleza, onde encontro forças para enfrentar meus obstáculos, cada batalha vencida só foi possível por tê-los sempre por perto. Obrigada por todo apoio e por serem minha família.

À admirada e inspiradora orientadora Prof.^a Dr.^a Telma Maria Evangelista de Araújo, poucas pessoas tem a virtude de ensinar, a simplicidade, a compreensão diante das dificuldades, a franqueza nas orientações, principalmente generosidade ao compartilhar sua sabedoria de vida, ética e profissionalismo. Obrigada pela oportunidade de aprendizado e perdoe-me se não correspondo às expectativas.

À banca examinadora: Dr.^a Dorlene Aquino, Dr.^a Lidya Tolstenko e Dr. Viriato Campelo pelas contribuições em prol do enaltecimento do trabalho, suas críticas e sugestões foram de extrema importância para a melhoria desta pesquisa.

Ao Departamento de Enfermagem e ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, ao corpo técnico-administrativo, às professoras do Programa, em especial à Prof. Dra. Inez Sampaio Nery, por oportunizarem o aprendizado na vida e profissão.

Aos amigos Souvenyr Alcobaça, Amanda Luna, Juliana Abreu, Anna Klara Alves, Eduardo Carvalho pelas orações, torcida, palavras de incentivo, os quais mesmo na ausência estão sempre presentes comigo.

À querida Priscilla Dantas, amiga que foi companheira indispensável nessa luta. Deus nos manda anjos para deixar nossa caminhada mais doce e menos dolorosa. Muito obrigada por deixar-me compartilhar as angústias, dúvidas, inseguranças, alegrias, conquistas e principalmente por dividi-las comigo pacientemente.

À Simone Rêgo, mais um anjo que ganhei na vida. Obrigada por sua acolhida, generosidade, bondade, disposição em ajudar sempre, carinho. Sua amizade foi um grande presente.

Ao Fágner Santos, por trazer calma aos meus dias de angústia, ansiedade e mostrar-me sempre o lado bom da vida com carinho e atenção.

Às amigas Ivone Venâncio, Mercedes Carvalho, Eliracema Alves, Rosineidia Moreira da Supervisão de Tuberculose e Hanseníase da SESAPI, minha primeira escola profissional. Obrigada por todo incentivo nessa caminhada, sou muito grata a vocês.

À IX turma “dez” de Mestrado em Enfermagem pelos dois anos de ensinamentos compartilhados, dificuldades superadas, alegrias, risadas vivenciadas e pela amizade construída.

Ao projeto Integrahans PiauÍ e todos os colegas pesquisadores, pela dedicação e persistência na realização desse estudo, que motivaram-me a melhorar minhas práticas pessoais, sociais e principalmente profissionais.

À Universidade Federal do Ceará, às ONGs NHR Brasil, CIOMAL e demais colaboradores, especialmente Duane Hinders, professores Alberto Novaes e Sebastião Sena, pelos conhecimentos oferecidos que permitiram minha qualificação profissional como pesquisadora.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, pelo financiamento da bolsa de estudos.

Aos profissionais de saúde e gestão municipal de Floriano que oportunizaram e contribuíram na realização dessa pesquisa científica.

Às inúmeras caronas que levaram e trouxeram-me com segurança para casa.

“Não sei se estou perto ou longe demais, se peguei o rumo certo ou errado. Sei apenas que sigo em frente, vivendo dias iguais de forma diferente. Já não caminho mais sozinho, levo comigo cada recordação, cada vivência, cada lição. E, mesmo que tudo não ande da forma que eu gostaria, saber que já não sou o mesmo de ontem me faz perceber que valeu a pena.”

(Albert Einstein)

RESUMO

INTRODUÇÃO: A hanseníase é uma doença crônica de evolução insidiosa, cuja magnitude e transcendência refletem o histórico de estigma sofrido pelas pessoas, como também evidenciam a dificuldade dos serviços de saúde em atingir o controle do agravo. A Organização Mundial de Saúde enfatiza que a qualidade dos serviços de hanseníase refere-se à oferta de atenção efetiva e segura que contribui para o avanço da universalidade da saúde, bem-estar e a satisfação dos usuários, com ênfase na promoção da detecção precoce por exames regulares, acessibilidade ao diagnóstico e à assistência. **OBJETIVO:** Avaliar a qualidade da atenção à hanseníase na rede pública de saúde em município hiperendêmico no Estado do Piauí. **MÉTODO:** Trata-se de pesquisa epidemiológica, avaliativa desenvolvida em Floriano-PI com 177 profissionais e 23 unidades de saúde municipais. A coleta dos dados foi realizada de novembro de 2015 a julho de 2016, em três etapas: observação direta das unidades por meio de check-list, entrevista com profissionais utilizando-se formulário e levantamento de dados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação- SINAN, referente ao ano de 2014. Os dados foram digitados no Epi Info versão 7.1.5.2 e analisados com a utilização do Stata versão 13.0. Foram realizadas análises univariadas, por meio de estatísticas descritivas simples e na análise bivariada utilizou-se a Razão de Verossimilhança com nível de significância fixado em $p \leq 0,05$. **RESULTADOS:** a maioria dos profissionais eram Agentes Comunitário de Saúde 128 (72,32%), houve predomínio do sexo feminino 135 (76,27%) e 150 (84,75%) eram estatutários. Quanto às unidades, 2 (08,70%) não possuíam acessibilidade, em 11 (47,83%) haviam profissionais capacitados no manejo básico do agravo e nenhuma unidade possuía protocolo para conduta das possíveis complicações. No tocante às ações voltadas para a hanseníase 93 (52,54%) profissionais referiram não realizar exame de contato na US ou domicílio, por não haver estrutura necessária nos serviços, e apenas 27 (55,10%) preenchem a ficha de avaliação neurológica simplificada. Quanto à classificação da estrutura das unidades, 04 (17,40%) foram adequadas, 08 (34,78%) pouco adequadas e 11 (47,82%) inadequadas. Nenhuma unidade foi classificada como adequada na perspectiva do processo. Destaca-se que houve associação estatisticamente significativa do percentual de avaliados no diagnóstico com o processo ($p=0,015$). **CONCLUSÃO:** Os resultados desta pesquisa proporcionaram evidências quanto a diversos fatores que podem interferir na qualidade da assistência ofertada. Destacou-se que a adequação da estrutura e do processo das unidades, para melhoria dos resultados faz-se necessária para o melhor atendimento ao agravo que ainda é negligenciado.

Palavras-chave: Qualidade da Assistência à Saúde. Avaliação de Serviços de Saúde. Hanseníase.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Leprosy is a chronic disease of insidious evolution, whose magnitude and transcendence reflect the history of stigma suffered by people, as well as highlight the difficulty of health services in achieving control of the disease. The World Health Organization emphasizes that the quality of leprosy services refers to the provision of effective and safe care that contributes to the advancement of the universality of health, well-being and satisfaction of users, with an emphasis on promoting the early detection through regular exams, accessibility to the diagnosis and assistance. **OBJECTIVE:** To evaluate the quality of care to leprosy in public health network in a hyperendemic municipality in the State of Piauí. **METHOD:** This is an epidemiological, evaluative, study developed in Floriano-PI with 177 professionals and 23 units of municipal health. Data collection was carried out from November 2015 to July 2016, in three stages: direct observation of units through check-list, interview with professionals using form and survey data in the Information System for Notifiable Diseases- SINAN, regarding the year 2014. The data were entered into Epi Info version 7.1.5.2 and analyzed with the use of the Stata version 13.0. Univariate analysis was conducted by means of descriptive statistics and bivariate analysis, there was used the likelihood ratio test with a significance level set at $p \leq 0.05$. **RESULTS:** the majority, 128 (72.32%) of the professionals, were community health agents, 135 (76.27%) were female, and 150 (84.75%) were statutory. Regarding the units, 2 (08.70%) do not have accessibility, 11 (47.83%) have trained professionals in the basic management of the problem and no unit has protocol for the conduct of the possible complications. With regard to actions for leprosy, 93 (52.54%) professionals reported not performing contact tests in health unit or at home, because there was no structure required in the services, and only 27 (55.10%) completed the neurological evaluation form Simplified. Regarding the classification of the structure of the units, 4 (17.40%) were adequate, 8 (34.78%) were inadequate and 11 (47.82%) were inadequate. No unit was classified as adequate from the process perspective. It was emphasized that there was a statistically significant association of the percentage of evaluated in the diagnosis with the process ($p = 0.015$). **CONCLUSION:** The results of this research provided evidence regarding several factors that may interfere in the quality of care offered. It should be noted that the adequacy of the structure and the process of the units, to improve the results, is necessary for the better attendance to the disease that is still ignored.

Keywords: Quality of Health Care. Evaluation of Health Services. Leprosy.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La lepra es una enfermedad crónica de comienzo insidioso, cuya magnitud y trascendencia refleja el estigma de la historia sufrida por las personas, pero también destacan la dificultad de los servicios de salud para lograr el control de esta enfermedad. La Organización Mundial de la Salud hace hincapié en que la calidad de los servicios que tratan la lepra se refiere a la prestación de una atención eficaz y segura que contribuye al avance de la universalidad de la salud, el bienestar y la satisfacción de los usuarios, con énfasis en la promoción de la detección precoz chequeos regulares, la accesibilidad al diagnóstico y la atención. Para evaluar la calidad de la atención a la lepra en la red de salud pública en el condado hiperendémico en el Estado de Piauí. **MÉTODO:** Se trata de la investigación epidemiológico, de evaluación llevado a cabo en Floriano-PI con 177 profesionales y 23 unidades de salud locales. La recolección de datos se realizó entre noviembre 2015-julio 2016, en tres etapas: la observación directa de las unidades a través de lista de verificación, entrevistas con los profesionales que utilizan datos de formularios y encuestas en el Sistema de Información Notificación- SINAN, para el año 2014 se introdujeron los datos en Epi Info versión 7.1.5.2 y analizados utilizando Stata versión 13.0. Se realizaron análisis univariado utilizando estadísticas descriptivas simples y análisis bivariante que se realizaron mediante el cociente de probabilidad con un nivel de significación de $p \leq 0,05$. **RESULTADOS:** la mayoría de los profesionales de 128 (72,32%) se componen de Agentes Comunitarios de Salud, 135 (76,27%) eran mujeres y 150 (84,75%) son legales. En cuanto a las unidades 2 (08,70%) no tienen acceso, 11 (47,83%) con profesionales capacitados en el manejo básico de la queja y no tiene unidad de protocolo para la realización de posibles complicaciones. En cuanto a las acciones para la lepra 93 (52,54%) profesionales informaron no realizar examen de contacto en los Estados Unidos o en el hogar, porque no hay servicios de la estructura necesaria, y sólo 27 (55,10%) llenar el formulario de evaluación neurológica simplificada. En cuanto a la estructura de las unidades de clasificación, 4 (17,40%) eran apropiado, 8 (34,78%) simplemente adecuado y 11 (47,82%) insuficiente. Ninguna unidad se clasificó como adecuada en perspectiva de proceso. Es de destacar que hubo una asociación estadísticamente significativa del porcentaje de individuos en el proceso de diagnóstico ($p = 0,015$). **CONCLUSIÓN:** Los resultados de esta investigación proporcionan evidencia en cuanto a varios factores que pueden afectar la calidad de la atención ofrecida. Es de destacar que la adecuación de la estructura y el proceso de las unidades, para mejorar los resultados es necesaria para el mejor cuidado de la infracción que todavía se descuida.

Palabras claves: Calidad de la Atención de la Salud. Evaluación de Servicios de Salud. La Lepra.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Distribuição das áreas de alto risco de hanseníase, segundo o coeficiente de detecção de casos novos e população – Brasil, 2011 – 2013.....	21
Figura 2	Distribuição espacial das áreas de cluster. Piauí, 2014.....	22
Figura 3	Distribuição da taxa bruta de detecção de hanseníase notificada em Floriano-PI, no ano de 2012.....	23
Figura 4	Fluxograma da composição da população do estudo, Floriano-PI, 2016.....	40

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Perfil demográfico, de formação e ocupacional de profissionais que atuam na rede pública de saúde de Floriano -PI, 2016 (n=177).....	48
Tabela 2	Caracterização da estrutura dos serviços de saúde para a hanseníase no município de Floriano --PI, 2016 (n=23).....	50
Tabela 3	Distribuição das ações (processo) realizadas pelos profissionais voltadas a hanseníase no município de Floriano-PI, 2016 (n=177).....	52
Tabela 4	Classificação das unidades de saúde quanto à estrutura e processo no município de Floriano -PI, 2016 (n=23).....	54
Tabela 5	Distribuição das unidades de saúde quanto adequação da estrutura e processo. Floriano -PI, 2016.....	54
Tabela 6	Distribuição dos indicadores de qualidade da atenção à hanseníase (Resultados) em 2014. Floriano-PI, 2016.....	55
Tabela 7	Análise bivariada da classificação da estrutura das unidades de saúde com os indicadores de qualidade da hanseníase Floriano-PI, 2016.....	56
Tabela 8	Análise bivariada da classificação do Processo desenvolvido nas unidades de saúde com os indicadores de qualidade da hanseníase. Floriano-PI, 2016.....	56

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Atribuições do Serviço de Atenção Integral em Hanseníase.....	31
Quadro 2	Atribuições dos profissionais de saúde relacionados à assistência à hanseníase.....	33
Quadro 3	Indicadores de avaliação da qualidade dos serviços de atenção à hanseníase.....	42
Quadro 4	Classificação da Estrutura e Processo.....	44
Quadro 5	Parâmetro para avaliação dos Resultados.....	44

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APS	Atenção Primária à Saúde
ACH	Ações de controle da hanseníase
DALY	<i>Disability-Adjusted Life Years</i>
DNS	Departamento Nacional de Saúde
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
ESF	Estratégia Saúde da Família
IPLDV	Inspetoria de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PQT	Poliquimioterapia
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SNL	Serviço Nacional da Lepra
SUS	Sistema Único de Saúde
YLD	<i>Years Lived with Disability</i>
YLL	<i>Years of Life Lost</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 Hipótese	18
1.2 Objetivos	18
1.2.1 Geral.....	18
1.2.2 Específicos	18
2 QUADRO TEÓRICO	20
2.1 Epidemiologia da hanseníase no Brasil, Piauí e Floriano	20
2.2 Controle da hanseníase: políticas, programas, estratégias no Brasil.....	23
2.3 A Rede de Atenção à saúde para hanseníase	28
2.4 Atribuições dos profissionais de saúde na atenção a hanseníase	32
2.5 Avaliação da qualidade dos serviços de saúde.....	35
3 MÉTODO	39
3.1 Tipo de Estudo	39
3.2 Local do estudo	39
3.3 População do Estudo	40
3.4 Variáveis do estudo/Definições	41
3.4.1 Estrutura.....	41
3.4.2 Processo	41
3.4.3 Resultado	42
3.4.5 Julgamento das variáveis	43
3.5 Instrumentos da pesquisa	44
3.6 Coleta de dados	45
3.7 Organização e Análise dos dados.....	46
3.8 Aspectos éticos e legais	46
4 RESULTADOS	48
4.1 Caracterização dos profissionais que atuam na rede pública de saúde do município.....	48
4.2 Caracterização da estrutura dos serviços de saúde voltados para a atenção à hanseníase.....	49
4.3 Caracterização das ações (processo) de saúde para hanseníase.....	51
4.4 Classificação da estrutura, processo e resultado dos serviços de saúde voltados para a hanseníase.....	53

4.5 Análise dos indicadores de qualidade dos serviços de atenção à hanseníase no município do estudo	55
4.6 Análise da associação da qualidade da atenção à hanseníase com a adequação da estrutura dos serviços e das ações (processo) desenvolvidas pelos profissionais	55
5 DISCUSSÃO	57
5.1 Caracterização dos profissionais que atuam na rede pública de saúde do município.....	57
5.2 Caracterização da estrutura dos serviços de saúde voltados para a atenção à hanseníase.....	59
5.3 Caracterização das ações (processo) de saúde voltadas para hanseníase	62
5.4 Análise dos indicadores de qualidade dos serviços de atenção à hanseníase no município do estudo e sua relação com a estrutura e processo.....	65
5.5 Limitações do estudo	70
6 CONCLUSÃO	71
7 RECOMENDAÇÕES.....	72
REFERÊNCIAS.....	73
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	84
ANEXO A – CHECK-LIST ESTRUTURA DE UNIDADES DE SAÚDE	87
ANEXO B – CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	
PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	90
ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	94

1 INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença crônica de evolução insidiosa que apresenta tropismo por células cutâneas e nervosas periféricas podendo causar incapacidades físicas ao indivíduo. Sua magnitude e transcendência refletem o histórico estigma sofrido pelas pessoas, como também, evidenciam a dificuldade dos serviços de saúde em atingir o controle do agravo e constitui um desafio para a Saúde Pública.

A disseminação da hanseníase ainda é ascendente nas populações mais pobres, por estar relacionada principalmente às condições de moradia do indivíduo. A doença implica grande impacto na saúde das pessoas acometidas, devido às incapacidades físicas, emocionais e sociais, caso não seja ofertado o diagnóstico e o tratamento oportuno. Apesar de todos os avanços, é o único país que não atingiu a meta de eliminação da doença definida pela prevalência menor que 1 caso/10.000 habitantes (SOUZA, 2013; RODRIGUES; LOCKWOOD, 2011).

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) enfatiza a necessidade de otimizar os esforços dirigidos à melhoria da assistência, com objetivo de resolver os diversos problemas de saúde característicos de cada região, estimular a participação social que influencia diretamente a redução das iniquidades na saúde (OPAS, 2011a).

Respeitando os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde (MS), propõe orientações à prática em todas as instâncias e diferentes complexidades do serviço e fornece subsídios à promoção da saúde. Na abordagem à hanseníase, priorizam-se ações que visam à redução da carga da doença, tais como: educação em saúde, investigação epidemiológica para o diagnóstico oportuno de casos, tratamento até a cura, prevenção, tratamento de incapacidades, vigilância epidemiológica, exame de contatos, orientações e aplicação de BCG (BRASIL, 2016).

Com a perspectiva organizativa, a descentralização e regionalização da rede de atenção à saúde, propõe a distribuição espacial de serviços em todos os níveis de assistência organizados para atender a população de uma determinada região. Dessa forma, preconizam-se soluções condizentes com a realidade, bem como, organizar e se basear nos demais níveis de atenção para direcionar devidamente os recursos na promoção, manutenção e reabilitação da saúde da pessoa com hanseníase (SAUTER; PERLINI; KOPF, 2012; HELENE et al., 2008).

Tais atividades podem refletir na qualidade da assistência, que segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) é um conjunto de elementos que incluem: um alto grau de competência profissional, a eficiência na utilização dos recursos, um mínimo de riscos, um alto grau de satisfação dos pacientes e um efeito favorável na saúde. Logo, entende-se que a qualidade deve desenvolver a base científica para mensurar a efetividade e a eficiência, adequar a assistência prestada aos determinantes sociais, bem como aos custos e aos valores individuais (DONABEDIAN, 1993; D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006; VIEIRA, 2014).

Com isso, a OMS por meio da Estratégia mundial de eliminação da lepra 2016-2020, enfatizou que a qualidade dos serviços de hanseníase refere-se à oferta de atenção efetiva e segura, que contribui para o avanço da universalidade da saúde, bem-estar e a satisfação dos usuários, com ênfase na promoção da detecção precoce por exames regulares, acessibilidade ao diagnóstico e à assistência (WHO, 2016a).

A baixa qualidade da assistência prestada pelos serviços de saúde configura-se como um dos fatores responsáveis pela endemia em países subdesenvolvidos. Em 2015, foram notificados 210.758 casos novos em âmbito mundial, a proporção de casos multibacilares (60,2%) indica a presença de casos avançados da doença e, indiretamente, a magnitude de infecção na população, reforçando a importância do diagnóstico precoce na sua prevenção (WHO, 2016b).

Nesse mesmo ano, o Brasil notificou 26.395 novos casos, que representam 13% dos novos casos globais, tendo uma representatividade que alerta para a atual situação do agravamento, já que apenas a Índia fica a frente com 127.326 (60%) dos casos mundiais (WHO, 2016b).

As regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste são consideradas as mais endêmicas do Brasil, por isso demandam esforços otimizados das ações para eliminação da hanseníase. Neste contexto, o Piauí está entre as dez áreas mais importantes de risco elevado e onde se encontram a maioria dos casos no país, os chamados clusters. No ano de 2014, o Piauí obteve o coeficiente de detecção de 33,74/100.000 hab, o coeficiente de prevalência três vezes acima do estimado pelo Ministério da Saúde, e registrou no período de 2001 a 2014, 20.467 casos de hanseníase (ARAÚJO et al., 2016a).

Dentre os seus 224 municípios, 62 são considerados hiperendêmicos, entre eles, Floriano, que é um dos municípios que compõem o cluster 1 (de maior

endemicidade). Em 2012, este município, registrou 59 casos confirmados de hanseníase, atingindo coeficiente de detecção geral de 101,45/100.000 habitantes, obtendo destaque como segundo município com maior número de casos no Estado, estando atrás somente da capital Teresina (ARAÚJO et al., 2016b).

Assim, a elevada endemicidade da doença em todo país e as diversas dificuldades enfrentadas na assistência refletem a atual organização dos serviços de saúde. Estudos mostram que os municípios brasileiros ainda enfrentam dificuldades na integração das ações de controle da hanseníase (ACH), relacionado principalmente à deficiência dos profissionais para realização do diagnóstico e tratamento prévios, como também, com a realização da busca ativa dos contatos, vigilância epidemiológica e de ações pontuais voltadas para educação da população (FUZIKAWA et al., 2010; LANZA; LANA, 2011; RIBEIRO et al., 2014).

Estudos que focam na avaliação da qualidade da assistência são necessários não apenas por identificar problemas ou diagnosticar determinadas situações, mas, porque com base no que foi avaliado, é possível promover mudanças na realidade. A avaliação é uma ferramenta orientada para a ação e para a aprendizagem, trata-se também, de um processo organizativo com enfoque na melhoria das atividades desenvolvidas, no planejamento orientado das decisões (DONABEDIAN, 1984; PISCO, 2006).

Para Alencar (2014), a avaliação constitui a gestão em saúde com enfoque na implementação de ações nos diversos âmbitos do SUS, que fundamentalmente propõe: dar suporte aos processos decisórios no âmbito do sistema de saúde; ofertar subsídios na identificação de problemas e a reorientação de ações e serviços desenvolvidos; avaliar a inserção de novas práticas sanitárias na rotina dos profissionais; mensurar o impacto das ações implementadas pelos serviços e programas sobre o estado de saúde da população.

Frente às considerações apresentadas, tem-se a seguinte questão: Qual a qualidade da atenção à hanseníase na rede pública de saúde? Com base neste questionamento, recortou-se como foco deste estudo, a avaliação da qualidade da atenção à pessoa com hanseníase em município hiperendêmico.

Este estudo se justifica pela necessidade de avaliação da qualidade da assistência oferecida às pessoas com hanseníase, bem como pela carência de estudos sobre essa temática. A sua realização é de grande relevância, por permitir a identificação de possíveis lacunas nos serviços de saúde do estudo, que possam

estar servindo de obstáculo à adequada assistência, podendo incentivar a busca de estratégias inovadoras de modo a aperfeiçoar as ações desenvolvidas e a satisfazer as necessidades reais das pessoas acometidas pela doença.

O conhecimento produzido nesta pesquisa fomentará a necessidade de processos sistemáticos e ininterruptos de avaliação, assim como ações de vigilância em saúde eficazes que redirecionariam as atividades dos profissionais envolvidos na assistência a hanseníase, favorecendo a qualidade no atendimento e na vida dos usuários.

1.1 Hipótese

A qualidade da atenção à saúde de pessoas acometidas pela hanseníase está associada à estrutura dos serviços e ao processo (ações) desenvolvido pelos profissionais.

1.2 Objetivos

1.2.1 Geral

Avaliar a qualidade da atenção à hanseníase na rede pública de saúde em município hiperendêmico do nordeste brasileiro

1.2.2 Específicos

- Caracterizar o perfil demográfico, de formação, ocupacional e laboral de profissionais que atuam na rede pública de saúde do município;
- Caracterizar a estrutura dos serviços de saúde e as ações específicas voltadas para a atenção à hanseníase;
- Classificar a adequação da estrutura e das ações voltadas para hanseníase;
- Analisar os indicadores de qualidade dos serviços de atenção à hanseníase no município do estudo, preconizados pelo Ministério da Saúde;

- Analisar a associação da qualidade da atenção à hanseníase com a adequação da estrutura dos serviços e das ações desenvolvidas pelos profissionais.

2 QUADRO TEÓRICO

2.1 Epidemiologia da hanseníase no Brasil, Piauí e Florianópolis

A situação epidemiológica da hanseníase no país constitui um desafio na saúde pública, por ser um agravo que ainda prevalece nos locais de alta endemicidade, a exemplo do Brasil que possui o maior número de casos de hanseníase das Américas (93%) e ocupa o segundo lugar de casos no mundo, atrás da Índia, estando no rol dos 16 países com maior detecção de casos, apresentando as mais altas taxas de detecção e a prevalência desta doença no continente sul-americano (WHO, 2012).

Dados da OMS demonstram que, no ano de 2012, no Brasil foram diagnosticados 33.303 casos novos de hanseníase, sendo 63% de casos multibacilares, 5,1% de recidivas e 6,7% diagnosticados com grau 2 de incapacidade física. Ainda que ao longo dos anos, tenha ocorrido a redução da prevalência, o coeficiente de detecção de casos novos ainda permanece elevado para os padrões adotados, especialmente nas regiões Norte (42,24 casos/100.000 habitantes) e Centro Oeste (40,04/100.000 habitantes), ambas consideradas hiperendêmicas. Em seguida o Nordeste, com coeficiente de detecção 25,78/100.00 habitantes caracterizada como região de alta endemicidade (MELO; SANTOS; SANTOS, 2011; WHO, 2012, 2013, BRASIL, 2013).

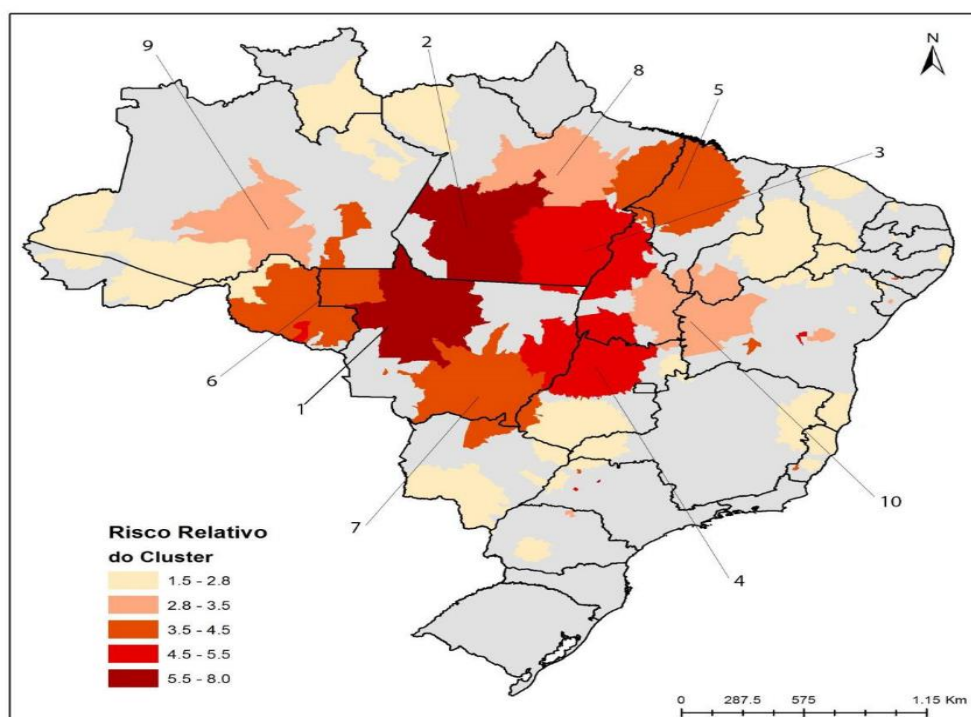
Considerando o mesmo período, no estudo realizado pelo MS foi analisada a situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza, em que avaliou-se a Carga da Doença – Anos de Vida Perdidos Ajustados em Função da Incapacidade (Disability-Adjusted Life Years – DALY), por intermédio de seus componentes YLD (Years Lived with Disability – Anos Vividos com Incapacidade) e YLL (Years of Life Lost – Anos de Vida Perdidos Precocemente), em todo território brasileiro. Foi observada que a hanseníase é considerada uma doença tropical negligenciada, a carga da hanseníase foi maior no Acre (20,1 DALY/100.000 habitantes), seguido do Maranhão (18,7 DALY/100.000 habitantes), o Piauí obteve entre 4,2 -8,2 DALY/100.000 habitantes), reforçando seu elevado potencial de causar incapacidades físicas (BRASIL, 2014).

O Brasil é um dos países que permanece com alta endemicidade, considerando a análise no período de 2011-2013, em que foram observados 44%

(13.597 /31.044) de novos casos diagnosticados em 2013 e destes, 14% da população brasileira. Porém, nesse período, houve redução do número de municípios pertencentes aos grupos de maior endemia, concentrados em seis estados da federação. Foram observados 10 clusters (Figura 1) com risco relativo de adoecimentos variando entre 3-8 vezes, são eles: Mato Grosso, Pará, Maranhão, Tocantins, Goiás, Rondônia e Bahia; como também, municípios com menores riscos, mas localizados em áreas historicamente consideradas endêmicas, como o Piauí (WHO, 2015). Dessa forma, a prevalência de hanseníase do Brasil vem sofrendo progressiva redução nos últimos anos.

No Brasil em 2013, foram notificados 31.044 casos novos de hanseníase, o coeficiente de detecção foi 15,44 casos por 100 mil habitantes e o coeficiente de detecção em menores de 15 anos foi 5,03 casos por 100 mil habitantes (BRASIL, 2013).

Figura 1 – Distribuição das áreas de alto risco de hanseníase, segundo o coeficiente de detecção de casos novos e população – Brasil, 2011 – 2013



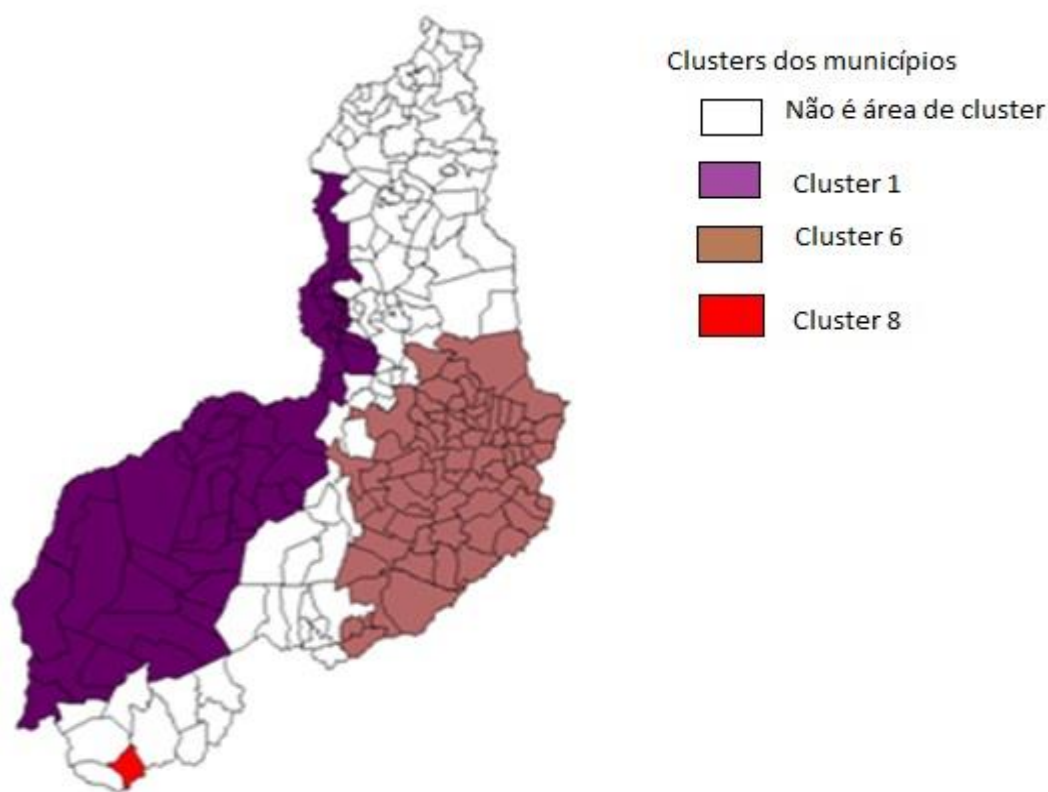
Fonte: Who (2015)

O Piauí, em 2012, diagnosticou 1.086 (3,2 %) dos casos novos de hanseníase notificados no país, e ocupa o 8º lugar de detecção geral em relação aos outros 27 estados da federação e o 2º da região Nordeste (PIAUI, 2013). Obteve coeficiente

de detecção de 33,57 casos por 100 mil habitantes, com relação ao coeficiente em menores de 15 anos, o estado está entre os 18 que estão acima da média nacional, sendo considerado hiperendêmico com 10,46/100.000 habitantes. (BRASIL, 2013).

O Estado nordestino possui 224 municípios. Destes, 121(54%) distribuem-se nas áreas de clusters (21%), sendo que 48 municípios encontram-se na área de maior risco relativo para hanseníase, cluster 1, 72 municípios (32%) pertencem ao cluster 6 e um município está inserido no cluster 8(1%), conforme figura 2 (PIAÚÍ, 2013).

Figura 2 – Distribuição espacial das áreas de cluster. Piauí, 2014

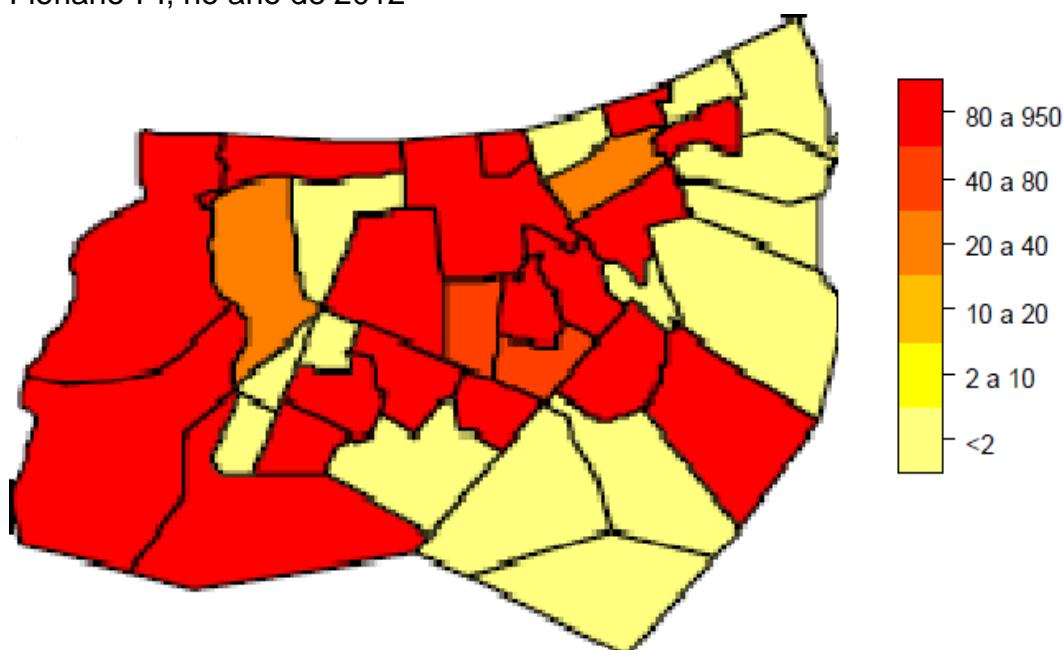


Fonte: Sinan Net (2014)

Em relação a 2013, o coeficiente de detecção do Piauí foi de 32,41/100.000 hab. apresentou classificação muito alta, conforme parâmetros do MS, entretanto, observa-se uma tendência de queda desses valores no período de 2003-2013. Foram identificados 1032, desses 602 (58,3%) eram multibacilares. Observou-se ainda que 5% dos casos novos avaliados já apresentaram Grau de Incapacidade 2, considerado o mais grave (ARAÚJO et al., 2016a).

A cidade de Floriano, em 2012 apresentou coeficiente de detecção geral de 101,45/100.000 habitantes (Figura 3) estando duas vezes acima do parâmetro hiperendêmico adotado pelo MS. Ressalta-se que no ano de 2003 atingiu 196,24/100.000 e 161,21/100.00 em 2010. Portanto, caracteriza-se como município historicamente hiperendêmico em hanseníase, pertencendo a área de cluster 1 (Figura 2) justificando os investimentos em busca de novos casos continuamente e de forma prioritária, a fim de intensificar o processo de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública no país (BRASIL, 2013; ARAÚJO et al., 2016b).

Figura 3 – Distribuição da taxa bruta de detecção de hanseníase notificada em Floriano-PI, no ano de 2012



Fonte: Santos (2015)

2.2 Controle da hanseníase: políticas, programas, estratégias no Brasil

O controle de endemias e epidemias efetiva-se por meio das políticas públicas e sociais, que visam responder as necessidades da população, especialmente as situações de vulnerabilidade. Tais políticas ampliam e efetivam direitos de cidadania, que devem ser interpretados por aqueles que ocupam o poder, mas influenciadas pela sociedade civil por meio da participação e mobilização social (DUCATTI, 2009; TEXEIRA, 2002).

Foi somente em 1903, que a hanseníase passou a ter maior visibilidade do poder público, sendo abordada pelos programas governamentais de combate às

doenças transmissíveis, por meio da Diretoria Geral de Saúde Pública. Nesse período, as políticas ainda surgiam com perspectiva segregária, a exemplo da política de isolamento compulsório, hospitais-colônia, que resultaram nas práticas discriminatórias, que são historicamente conhecidas (CUNHA, 2010; CRUZ, 2009).

A hanseníase disseminava-se endemicamente na maioria das regiões brasileiras. A exemplo do Piauí, acredita-se que a hanseníase foi introduzida e disseminada no período de colonização do território, por meio dos bandeirantes e desbravadores, a existência de alguns casos de hanseníase na Província do Piauí já pôde ser observada em 1822. No entanto, somente em 1922, houve a primeira tentativa de auxiliar as pessoas acometidas pela doença. Tal tentativa executada pelo Intendente Municipal de Teresina, o capitão Manoel Raimundo Paz Filho, não logrou êxito (BRASIL, 1960; BECHELLI, 1954; MORHAN, 2010).

Por seu caráter urgente foi que, em 1904, o Regulamento Sanitário da União, determinou que fosse uma doença de notificação compulsória colocando os doentes sob o domínio do poder público (DUCATTI, 2009).

Eidt (2000) refere que em 1912, durante o I Congresso Sul Americano de Dermatologia e Sifilografia na cidade do Rio de Janeiro, houve a reafirmação da necessidade da notificação compulsória, bem como do “isolamento humanitário” em hospitais-colônia e uma atenção com rigor científico do agravo.

A atuação da Comissão de Profilaxia da Lepra que esteve reunida entre os anos de 1915 a 1919 tinha como objetivo estabelecer as medidas que deveriam ser implementadas com relação à profilaxia da lepra, àquela altura definida como um grande mal do país. Essas atividades tornaram-se a base de um projeto de lei que propunha a criação de uma Inspeção de Profilaxia da Lepra, como forma de o Estado assumir as responsabilidades pelo tratamento e controle da doença, que ainda eram realizadas por instituições religiosas (CUNHA, 2010).

Santos (2003) relata que a maior atuação do governo federal na área da saúde pública ocorreu na década de 1920, período em que os centros urbanos se encontravam em processo de aglomeração, em virtude da crescente industrialização. Essa condição tornou-se fator facilitador da transmissão de doenças infectocontagiosas.

O novo Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), criado por meio do Decreto nº 3.987, de 2 de janeiro de 1920, foi a primeira tentativa visando a centralização do problemas relacionados à saúde. Correspondeu, na prática, a uma

reforma na estrutura da saúde pública brasileira, em particular pelo aumento da capacidade do governo federal para atuar, além dos limites da capital do país e dos principais portos marítimos e fluviais, e pela incorporação formal, pelo Estado nacional, da preocupação com as doenças das populações do interior (QUEIROZ, 2000).

O DNSP reforçava as ações voltadas para saúde pública. Adotavam-se os programas de profilaxia rural em vários estados sob a responsabilidade federal, ocorrendo assim, a disseminação de postos e centros de saúde urbanos (SANTOS; FARIA; MENEZES, 2008).

Até a implantação da Inspeção de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas (IPLDV) em 1920, pelo Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), a Lepra não era uma prioridade do país. A IPLDV foi a primeira política pública de combate à doença a partir da Reforma Carlos Chagas. Com a criação da IPLDV, a lepra tornou-se uma questão nacional, com uma centralização técnica e administrativa rigorosa diante dos Estados (GENOVEZ; PEREIRA, 2014).

Como ferramenta de auxílio para o controle do agravo, em 1923, a notificação compulsória da hanseníase foi reafirmada, por meio do Decreto n. 16.300, de 31 de dezembro, que regulamentou o Departamento Nacional de Saúde Pública. O presente documento especificava que a notificação deveria ser feita pelo médico, enfermeiro ou pessoa que o acompanhou ao que tiver a seu cargo a direção de estabelecimento onde estiver o doente ou suspeito, como também, pelo próprio doente (BRASIL, 1923; SANTOS; FARIA; MENEZES, 2008).

Todos esses acontecimentos culminaram em atividades mais organizadas na luta contra a hanseníase no Brasil, onde a primeira foi em 1925, com o isolamento compulsório. A atenção às pessoas com hanseníase aboliu o isolamento social e, por hora, encontra-se ainda na fase de descentralização em todo território nacional, considerando relevância da assistência aos pacientes na rotina atenção primária por oportunizar o diagnóstico essencialmente clínico e epidemiológico e acompanhamento do tratamento (CUNHA, 2010; RIO DE JANEIRO, 2010).

Na perspectiva excludente da doença, os hospitais-colônia tinham a função de abrigar os doentes, bem como trabalhar a profilaxia, ao afastar os filhos recém-nascidos sadios de seus pais doentes. O isolamento prescrito no código sanitário poderia ser de dois tipos. O nosocomial, em que se admitia internação em sanatórios, hospitais e/ou asilos, e o domiciliar, consentido aos casos não

contaminantes ou quando as condições financeiras do doente admitissem a adoção das medidas profiláticas necessárias. Tal isolamento deveria permitir uma vigilância austera sobre os doentes. Sendo assim, os sanitaristas propunham que as atividades deveriam correlacionar Estados, municípios e comunidades para abranger a problemática da hanseníase em todo o território brasileiro (CRUZ, 2009; CUNHA, 2010; CETOLIN et al., 2010).

Em 1934, com a posse de Gustavo Capanema na direção do Ministério da Educação e Saúde, houve redirecionamento das ações de saúde, e em especial da lepra, ao solicitar um Plano Nacional de Combate em parceria com os Estados, elaborado por João de Barros Barreto, que fomentou a construção de novos leprosários, os quais atendiam os pacientes infectados num sistema de reclusão, como forma de prevenir a disseminação da doença, de preventórios, que cuidavam dos comunicantes, filhos “sadios” e dos dispensários, que eram salas especiais, localizadas nas unidades de saúde no chamado tripé de combate e prevenção da lepra. A reorganização do Departamento Nacional de Saúde (DNS), em 1941, resultou na criação de órgãos como o Serviço Nacional da Lepra (SNL) (MACIEL, 2010).

Diversas discussões a partir dos anos 50, que por meio do SNL, culminaram nos questionamentos sobre os malefícios do isolamento compulsório e estigmatização do agravo. Nesse período, houve a 5ª Reunião de Leprólogos, onde Orestes Diniz anunciou novas estratégias de profilaxia dinâmicas e quantitativas, objetivando finalidades essencialmente preventivas da lepra, como o tratamento de pacientes em Unidades de Saúde e campanhas educativas. Iniciava-se a queda da Política de Saúde Isolacionista, já que se tornou impossível garantir a internação de todos os doentes contagiosos, bem como obter o controle dos comunicantes (CARVALHO, 2015; MACIEL, 2010).

Em 1959, houve a reconfiguração da Hanseníase no Brasil mediante a perspectiva de atenção aos doentes por meio da Campanha Nacional Contra a Lepra, oficializada em todo o território nacional com a Lei 3.542, que propunha ações eminentemente preventivas por meio de medidas profiláticas, do ensino, da pesquisa, da educação sanitária e da ação Social (BRASIL, 1959).

Tais ações foram mais aprofundadas na Portaria nº 165, de 14 de maio de 1976 quando foi estabelecido que o controle da Hanseníase seria realizado mediante a execução das ações de educação em saúde, aplicação de BCG (*Bacillus*

Calmette-Guérin), descobrimento de doentes, tratamento dos doentes, prevenção e tratamento de incapacidades relacionando a doença, o doente e a sociedade (GENOVEZ; PEREIRA, 2014).

Com o advento da poliquimioterapia (PQT) em 1982, passou-se a trabalhar a perspectiva de eliminação da hanseníase. Assim, mediante a descentralização da atenção à hanseníase, a OMS considerou a possibilidade de eliminação, devido ao avanço do acesso dos pacientes ao tratamento e do aumento da cobertura geográfica da PQT. A ideia da descentralização das atividades de prevenção e controle da doença solidificou-se em 1991, durante a 44ª Conferência Mundial de Saúde, tornando-se a estratégia principal para alcançar a meta de eliminação da doença como problema de Saúde Pública, até o ano de 2000 (ANDRADE, 2000; RICHARDUS; HABBEMA, 2007).

Em 1995, o Brasil tornou obrigatório o uso da terminologia hanseníase em substituição ao termo “Lepra”. Com intuito de amenizar o estigma da doença causada aos pacientes, que eram isolados em leprosários, faziam uso de vestimentas que o identificavam como portador do “mal”. Porém, não houve um esforço educativo, para mudar as atitudes diante da doença (BRASIL, 1995, FEMINA, et al., 2007).

Com a adoção em 2012, do Plano Integrado de Ações Estratégicas de Eliminação da hanseníase, filariose, esquistossomose e oncocercose como problema de saúde pública, foram propostas estratégias de busca ativa de casos e de tratamento oportuno, indicando as intervenções de tratamento coletivo, bem como se buscou sintetizar o compromisso político e institucional de redução da carga das doenças em eliminar e otimizar os recursos disponíveis para o enfrentamento desses agravos. Foram priorizadas ações para a detecção precoce de casos, acesso ampliado do tratamento, com enfoque na quebra da cadeia de transmissão dessas doenças, e consequentemente reduzir o impacto sobre a população (BRASIL, 2012).

A Campanha Nacional de Hanseníase e Geo-helmintíases, realizada em 2013, teve por objetivo reduzir a carga parasitária de geohelmintos em escolares do ensino público fundamental e identificar casos suspeitos de hanseníase por meio do “método do espelho”. As atividades abordaram a mobilização e orientações aos professores e escolares, todos profissionais de saúde do SUS, em especial os Agentes Comunitários de Saúde, profissionais da Estratégia de Saúde da Família e

Unidades de Saúde Pública, concentrarão esforços para quimioprofilaxia das geohelmintíases e identificação de casos suspeitos de hanseníase pela ficha de autoimagem (BRASIL, 2015b).

A adoção da Estratégia Global Aprimorada para Redução Adicional da Carga da Hanseníase 2011-2015 pelo MS, trouxe novas perspectivas para a assistência, cujo objetivo foi melhorar a qualidade dos serviços clínicos, por meio da distribuição da PQT mais eficiente, implementação de abordagens inovadoras, assim como, realizar uma vigilância eficaz, melhorar a supervisão da atenção primária à saúde e promover pesquisas operacionais para se ampliar o acesso às medidas de controle do agravo (OMS, 2010).

A atual Estratégia Global para Hanseníase 2016- 2020, trabalha a meta de promover maior integração no âmbito nacional entre serviços da rede de atenção à hanseníase, a fim de combater outras doenças infecciosas e também as incapacidades. Essa estratégia sustenta-se em três pilares: 1. Fortalecer o controle, a coordenação e a parceria do governo; 2. Combater a hanseníase e suas complicações; 3. Combater a discriminação e promover a inclusão (WHO, 2016a).

Diante de todas as discussões ao longo dos anos, as ações tidas como essenciais para controle da Hanseníase permanecem as mesmas, e vêm sendo realizadas, no mesmo nível de prioridade: educação em saúde; diagnóstico oportuno de casos; tratamento até a cura; prevenção e tratamento de incapacidades, vigilância epidemiológica; exame de contatos e aplicação de BCG para reduzir ainda mais a carga de hanseníase no âmbito nacional (BRASIL, 2016).

2.3 A Rede de Atenção à saúde para hanseníase

Foi a partir dos marcos históricos, que permearam a saúde pública do país, que a Reforma Sanitária (1970), a Constituição de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde-SUS (1990), deflagraram novos conceitos e ações na saúde, os quais resultaram na universalidade, equidade e integralidade da saúde para todos. Por isso, a constante reorganização do SUS tem levado à racionalização de responsabilidades entre instâncias gestoras, dentre elas, o reconhecimento do município como o espaço privilegiado para tratar das questões setoriais (ALBURQUERQUE; MOTA; FELIZBERTO, 2015).

Nessa concepção, Mendes (2011) traz em sua reflexão uma organização do sistema de atenção à saúde em sistemas integrados que possibilite respostas coerentes entre a situação de saúde e o SUS com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade, às condições de saúde da população brasileira, por meio da implantação das Redes de Atenção à Saúde (RASs).

Essas caracterizam-se por apresentarem arranjos organizativos que contribuem para promoção da saúde e atenção continuada, ofertando procedimentos de diferentes densidades tecnológicas, integrados por meio de sistemas de apoio e de gestão. São dispostas de acordo com as necessidades dos serviços de saúde, de forma integral e de qualidade à população assistida (LAVRAS, 2011; COSTA; RAMIRES, 2014).

Desse modo, aborda-se primordialmente na saúde, a atenção integral, com intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas que funcionam sob a coordenação da Atenção Primária à Saúde (APS). Esta é conceituada como modelo organizativo e funcional da porta de entrada do sistema, com enfoque na resolução dos problemas mais frequentes de saúde, a fim de minimizar os custos econômicos e a satisfazer às demandas da população, conforme as ações inerentes ao primeiro nível da assistência (CARNEIRO et al., 2014; BRASIL, 2015a).

Em conformidade com as diretrizes para vigilância, atenção e controle da hanseníase que visam ao fortalecimento das ações, bem como à organização da rede de atenção integral e promoção da saúde, o MS considera que as ações voltadas para hanseníase devem ser executadas em toda a rede de atenção primária do Sistema Único de Saúde, devido ao potencial incapacitante da doença. E de acordo com a necessidade, os gestores devem articular-se para ofertar atenção especializada em unidades de referência ambulatorial e hospitalar (BRASIL, 2016).

Diante das recomendações do SUS, os municípios assumem a responsabilidade como gestores da saúde. E à rede básica de saúde cabe a competência de prestar a assistência aos doentes com hanseníase, já que o acolhimento, o vínculo, a responsabilização dos trabalhadores de saúde com usuários e família ocorre nesse ambiente, visando à prevenção de incapacidades e deformidades resultantes da doença quando não tratada ou diagnosticada tardiamente (PEREIRA et al., 2008; BRASIL, 2008a).

O país seguiu a meta da eliminação da hanseníase como problema de saúde pública até o final de 2010, quando se esperava que todos os municípios atingissem uma taxa de prevalência de menos de um doente por 10.000 habitantes, cuja a meta não foi atingida. Para alcançar baixos níveis endêmicos da hanseníase, o governo brasileiro vem trabalhando para assegurar que as atividades de controle da hanseníase estejam disponíveis e acessíveis a toda população nos serviços de saúde da APS (BRASIL, 2006).

A descoberta de casos de hanseníase ocorre rotineiramente na própria unidade de saúde, mediante a busca sistemática de doentes pelas equipes da Estratégia Saúde da Família, aliada à investigação epidemiológica, exame de grupos específicos e por meio de mobilizações da comunidade adstrita à unidade, principalmente em áreas de alta prevalência. Sendo assim, são inerentes às atividades na Atenção Primária, a realização das ações de caráter individual e coletivo de promoção e prevenção de incapacidade, bem como, educação em saúde junto à comunidade de orientação familiar, além dos encaminhamentos para os demais níveis de atenção (BRASIL, 2006; BRASIL, 2008a).

Por isso, é fundamental ressaltar as ações mínimas que devem ser abordadas criteriosamente na rede de Atenção Integral em Hanseníase. Cabe a todos os níveis: ações educativas de promoção da saúde, vigilância epidemiológica: identificação, acompanhamento dos casos, exame de contato e notificação ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, avaliação neurológica simplificada e do grau de incapacidade, diagnóstico de forma neural pura e de recidiva, tratamento com poliquimioterapia (PQT) padrão, prevenção de incapacidades, com técnicas simples e autocuidado apoiado pela equipe, encaminhamento para outros profissionais ou serviços. As demais atribuições são apresentadas no quadro1:

Quadro 1 – Atribuições do Serviço de Atenção Integral em Hanseníase

<p>Serviço de Atenção Integral em Hanseníase Tipo I (ATENÇÃO PRIMÁRIA)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ações educativas de promoção da saúde no âmbito dos serviços e da coletividade; • Diagnóstico de casos de hanseníase; • Exame dos contatos, orientação e apoio; • Acompanhamento do paciente durante o tratamento da hanseníase e após a alta;
<p>Serviço de Atenção Integral em Hanseníase Tipo II (ATENÇÃO SECUNDÁRIA)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico de casos de hanseníase, inclusive da forma neural pura; das reações hansênicas e adversas aos medicamentos; das recidivas; e de outras intercorrências e sequelas; • Coleta de raspado dérmico para baciloscopia; • Tratamento com poli quimioterapia padrão e com esquemas substitutivos;
<p>Serviço de Atenção Integral em Hanseníase Tipo III (ATENÇÃO TERCIÁRIA)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico de casos de hanseníase, inclusive da forma neural pura; das reações hansênicas e adversas aos medicamentos; das recidivas; e de outras intercorrências e sequelas; • Baciloscopia; • Internação; • Atendimento pré e pós-operatório; • Procedimentos cirúrgicos; • Exames complementares laboratoriais e de imagem;

Fonte: Brasil (2010a) e Rio de Janeiro (2010)

Portanto, necessita-se de uma referência eficiente, com uma rede capaz de fornecer os serviços desejados, cujas tarefas e responsabilidades devem ser claramente definidas, com procedimentos e protocolos que orientem boas práticas clínicas padronizadas, incluindo protocolos para o fluxo de pacientes e para trocas

de informações entre os diferentes níveis. Dessa forma, o sistema de referência tem papel inquestionável no momento da decisão sobre a qualidade dos serviços do Programa de Controle da Hanseníase (OMS, 2010).

Assim, para atenção holística ao indivíduo acometido pela hanseníase nos três níveis de complexidade, deve-se estruturar, organizar e oficializar o sistema de referência e contrarreferência (BRASIL, 2016).

2.4 Atribuições dos profissionais de saúde na atenção a hanseníase

Os principais elementos na estratégia de eliminação da hanseníase consistem no acesso ao diagnóstico, à informação e ao tratamento nos serviços de saúde. Desde 1995, o tratamento da hanseníase é disponibilizado gratuitamente a todos os pacientes em todo o mundo, fornecendo uma cura simples, mas altamente eficaz (WHO, 2012).

Diversas discussões embasaram a estruturação do sistema de saúde brasileiro frente à assistência à hanseníase. A Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/SUS 01/2001) foi precípua para universalidade e da descentralização da assistência. Regulamentou e ampliou as responsabilidades dos municípios para o acesso da população com equidade a todos os serviços de saúde em todos os níveis de atenção e determinou a eliminação da hanseníase como uma das áreas estratégicas de atuação dos serviços de saúde (BRASIL, 2001).

Para garantir a execução das atividades inerentes ao controle da hanseníase, faz-se necessário a atuação de várias categorias profissionais aptas a atender holisticamente os indivíduos acometidos pela doença, respeitando a integralidade do cuidado em todos os níveis de atenção. Dessa forma, assistência à hanseníase envolve a tríade: serviços, profissionais e pacientes, num processo dinâmico que se transforma no atendimento das necessidades sociais (BRASIL, 2007; LANZA; LANA, 2011).

No Quadro 2, podem-se observar algumas atribuições inerentes ao Médico, Enfermeiro e Agente Comunitário da Saúde (ACS), visto que a maioria das atividades, desde a suspeição diagnóstica, investigação epidemiológica até a confirmação e tratamento poliquimioterápico são algumas ações atribuídas aos profissionais de serviços da APS, que necessitam ser desempenhadas com alta qualidade no atendimento ao usuário com hanseníase (BRASIL, 2007).

Quadro 2 – Atribuições dos profissionais de saúde relacionados à assistência à hanseníase

ATRIBUIÇÕES	Médico	Enfermeiro	ACS
Planejar ações de assistência e controle do paciente, família e contato com base no levantamento epidemiológico e operacional	X	X	X
Identificar os determinantes fundamentais da qualidade de vida, as características genéticas, ambientais, socioeconômicas e culturais, que interferem sobre a saúde	X	X	X
Avaliar o estado de saúde do indivíduo e família por meio da consulta médica e de enfermagem	X	X	
Executar medidas de intervenção na cadeia de transmissão das doenças e outros agravos à saúde prevalentes na região	X	X	
Aplicar os procedimentos de intervenção, referência e acompanhamento, conforme as normas vigentes dos programas de saúde.	X	X	X
Identificar as incapacidades físicas (grau de incapacidade)	X	X	
Aplicar técnicas simples de prevenção e tratamento das incapacidades físicas ao paciente de hanseníase	X	X	X
Identificar precocemente sinais e sintomas que indiquem complicações no processo de evolução das enfermidades	X	X	
Fazer avaliação clínica dermatoneurológica em hanseníase	X	X	
Diagnosticar e classificar as formas clínicas, prescrever o tratamento, inclusive das reações hansênicas, indicar a alta terapêutica	X		
Identificar e encaminhar pacientes para confirmação diagnóstica, com reações hansênicas, com reações medicamentosas		X	

Realizar busca de faltosos e contatos, fazer supervisão da dose medicamentosa, em domicílio			X
Organizar o trabalho, com base na programação do serviço, tomando por referência critérios de eficiência, eficácia e efetividade	X	X	X
Participar das atividades de pesquisa e de educação continuada em serviço	X	X	X
Estabelecer referência e contrarreferência para atendimento em outras unidades de saúde	X	X	
Prever e requisitar medicamentos, imunobiológicos e material de consumo		X	
Preencher formulários do sistema de informação em hanseníase	X	X	X
Administrar dose supervisionada	X	X	X

Fonte: Brasil (2010a) e Rio de Janeiro (2010)

O conhecimento das atribuições permite organizar os serviços, otimizar o processo de trabalho, racionalizar os recursos, monitorar os indicadores chave do agravo, avaliar permanente e sistematicamente a assistência prestada, conforme a complexidade dos níveis de atenção e fluxo de atendimento nos serviços. Portanto, reflete na qualidade dos serviços de hanseníase, pois se exige a capacitação adequada dos profissionais destes níveis (OMS, 2010; RIO DE JANEIRO, 2010).

A OPAS (2011b) afirmou que um dos motivos para detecção inoportuna dos casos novos está relacionada às habilidades inadequadas dos profissionais de saúde para o diagnóstico correto, fato que contribui para manutenção da cadeia de transmissão, e coloca o país frente a alguns desafios na redução da carga da doença.

Considerando todas as vulnerabilidades que a hanseníase abrange, observam-se ainda as fragilidades da assistência prestada pelos profissionais de saúde na rede de atenção à saúde. É imprescindível oferta de subsídios para uma assistência mais humanizada e de qualidade, implicando na promoção de ações de saúde que se traduzam nas resoluções dos problemas identificados, na satisfação e na garantia de uma assistência integral, desenvolvendo no indivíduo o senso de

responsabilidade por sua saúde e pela saúde da comunidade a qual pertença (SILVA, 2014)

2.5 Avaliação da qualidade dos serviços de saúde

A avaliação como componente da gestão em saúde tem hoje um reconhecimento que se traduz na existência de múltiplas iniciativas voltadas para sua implementação nas diversas dimensões do Sistema Único de Saúde. Tem como propósito fundamental dar suporte aos processos decisórios no âmbito do sistema de saúde, devendo subsidiar a identificação de problemas e a reorientação de ações e serviços desenvolvidos, avaliar a incorporação de novas práticas sanitárias na rotina dos profissionais e mensurar o impacto das ações implementadas pelos serviços e programas sobre o estado de saúde da população (BRASIL, 2005).

O ato de avaliar consiste no julgamento sobre uma intervenção ou sobre qualquer dos seus componentes com o objetivo de auxiliar na tomada de decisões. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa) (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

Os autores Guba e Lincoln (1988) caracterizam a história da avaliação em quatro estágios. O primeiro estágio enfatiza a construção e a aplicação de instrumentos de medidas para avaliar os beneficiários de uma intervenção, o segundo estágio concentra-se na verificação do alcance dos objetivos, sem aprofundar a interpretação dos resultados e na qualidade dos objetivos estabelecidos marca o surgimento da avaliação de programas, o terceiro estágio a avaliação deve permitir o julgamento de uma intervenção para ajudar na tomada de decisões, e por fim, o quarto estágio refere-se à negociação entre os atores interessados e envolvidos no processo avaliativo, é considerada uma aprendizagem permanente (CRUZ, 2015).

No âmbito da saúde, Alencar (2014) enfatiza que a avaliação é um processo crítico-reflexivo, contínuo e sistemático sobre práticas e processos desenvolvidos no âmbito dos serviços de saúde. A avaliação não é exclusivamente um procedimento de natureza técnica, entende-se como processo de negociação entre atores sociais, que buscam satisfação dos envolvidos (BAPTISTA; REZENDE, 2015).

Para tanto, Donabedian (1978) propõe que para avaliar a qualidade da assistência devem-se considerar três de seus componentes: estrutura, processo e resultado. O estudo da estrutura avalia, fundamentalmente, as características dos recursos que se empregam na atenção à saúde tais como descrição das características das instalações, da equipe de saúde disponível, perfil dos profissionais empregados, seu tipo, preparação e experiência, de que forma os recursos são empregados, de modo adequado para atingir os resultados esperados. Por outro lado, o processo descreve as atividades do serviço de atenção à saúde, voltado para a análise da competência profissional no tratamento dos problemas de saúde, consiste em conhecer, supervisionar e garantir a qualidade do processo. E o componente resultado implica às consequências das atividades realizadas nos serviços de saúde, ou pelo profissional em termos de mudanças verificadas no estado de saúde dos pacientes.

Sendo assim, é preciso entender que existem diversos objetivos de uma avaliação, tais como: ajudar no planejamento e na elaboração de uma intervenção (objetivo estratégico); fornecer informações para adequar e superar aspectos problemáticos da política durante a fase de implementação (objetivo formativo); determinar os efeitos de uma intervenção, subsidiando as decisões relativas à continuidade do programa, seu encerramento, sua ampliação, fundamentando-se na especificação de até que ponto os objetivos propostos foram atingidos (objetivo somativo); contribuir para o progresso dos conhecimentos, para a elaboração teórica (objetivo fundamental) (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

A avaliação da qualidade, objetiva detectar se algo precisa ser feito em relação a uma situação, e só posteriormente é que se avalia o sucesso ou não das medidas tomadas. O conceito de qualidade em saúde envolve vários componentes, que podem ser reunidos em sete grupos, os chamados sete pilares da qualidade: Eficácia, Efetividade, Eficiência, Otimização, Aceitabilidade, Legitimidade, Equidade ou Justiça Distributiva (DONABEDIAN, 1993).

Considerando os aspectos supracitados numa avaliação, de forma geral, os serviços de saúde devem ser seguros (evitar danos ao usuário), efetivos (prestados com base na melhor evidência científica), oportunos (esperas e deslocamentos mínimos), centrados nos usuários (atendam às necessidades e demandas deles) e humanizados (relação profissional-usuário empática num ambiente acolhedor). Nesse aspecto, a atenção primária, baseia-se na cooperação, com um forte

componente de trabalho em equipe, necessário para a prestação de serviços adequados e sucesso das intervenções (STARFIELD, 2002; SAVASSI, 2012).

Frente às diversas atividades desenvolvidas para avaliar a qualidade dos serviços do país, tem-se a Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ), a qual foi desenvolvida em 2005, especificamente para a Atenção Básica, que priorizou a autonomia de gestão do processo de trabalho das equipes para melhoria dos indicadores. O MS, cinco anos após essa iniciativa, validou o instrumento PCA-Tool (Ferramenta de Avaliação da Atenção Primária), que apresenta parâmetros universais de avaliação, que abordam os atributos essenciais e derivados desse nível de atenção: acessibilidade, integralidade, longitudinalidade e coordenação, centralidade na família, orientação comunitária e competência cultural (STARFIELD, 2002).

Além dessa ferramenta avaliativa, têm-se também o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB), o qual utiliza indicadores relacionando sete áreas estratégicas: Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Controle de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica, Saúde Bucal, Produção Geral, Tuberculose, Hanseníase, e Saúde Mental. De forma inovadora faz uso de indicadores de desempenho para classificar equipes e indicadores de monitoramento sobre a oferta de serviços e resultados alcançados por equipe (SAVASSI, 2012).

Cabe salientar que o conceito de qualidade é complexo, pois considera as particularidades dos sistemas de saúde e da sociedade, em síntese, a qualidade dos serviços busca ofertar assistência eficaz, efetiva e eficiente de acordo com as diretrizes e normas clínicas mais recentes, que atendem as necessidades dos pacientes e satisfazem os provedores. Portanto, avaliar a qualidade está relacionado à ampliação na oferta dos serviços de saúde, incorporação de tecnologia para o diagnóstico e do acesso oportuno ao tratamento, ferramentas essenciais para a abordagem aos novos problemas de saúde decorrentes das modificações demográfica e epidemiológica (FRIAS et al., 2010; WHO, 2016a).

Ao avaliar a qualidade dos serviços voltados para hanseníase, a maioria baseia-se na oferta do tratamento com a PQT em unidades de saúde próximas das residências das pessoas com hanseníase, sem obstáculos geográficos, econômicos e de gênero. Inclui o oferecimento do diagnóstico oportuno e preciso tratamento gratuito, realização das ações de prevenção de incapacidades de forma adequada e

encaminhamentos, se necessário, para tratamento das complicações e reabilitação (OMS, 2010). Porém, esta avaliação só é viável se existir uma ligação de dependência entre estrutura, processo e resultado, ou seja, uma boa estrutura aumenta a possibilidade de um bom processo e conseqüentemente oportuniza melhor resultado.

3 MÉTODO

3.1 Tipo de Estudo

Trata-se de uma pesquisa epidemiológica, avaliativa, inserida em um macroprojeto de pesquisa Operacional do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, intitulado: INTEGRAHANS PIAUÍ: abordagem integrada de aspectos clínicos, epidemiológicos (espaço-temporais), operacionais e psicossociais da hanseníase em municípios piauienses de alta endemicidade.

Este estudo considera como referencial teórico a concepção de avaliação de qualidade proposta por Donabedian (1988), na qual o autor refere que os componentes fundamentais são: a estrutura, o processo e o resultado. A intenção na adoção dessa abordagem ocorreu por esta oportunizar a melhor sistematização do processo de avaliação, tendo em vista o objeto da avaliação e as distintas abordagens metodológicas disponíveis, considerou-se a qualidade como foco desta avaliação (SAMICO et al., 2010).

3.2 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido no município de Floriano, Estado do Piauí, o qual se situa na região do médio Parnaíba, distando 244 km da capital, Teresina. Fundado em 1897, tem uma área territorial de 3.409.649 km², equivalente a 1,35% do território estadual. Apresenta população estimada, de 58.702 habitantes com 86% na zona urbana e 14% na zona rural (IBGE, 2010). Dispõe de 40 estabelecimentos de saúde conveniados ao SUS e conta com 24 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo todas incluídas no estudo.

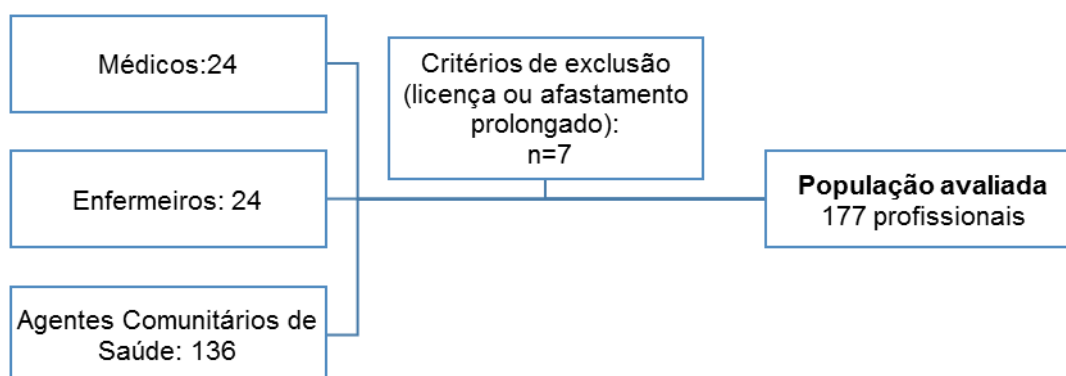
O município foi selecionado por ser hiperendêmico para hanseníase, pertencendo a área de cluster 1 (PIAUÍ, 2013), o que o leva a fazer parte dos 253 municípios brasileiros prioritários para vigilância em hanseníase pelo Ministério da Saúde, no Plano Integrado de Ações Estratégicas 2011-2015 (BRASIL, 2012).

3.3 População do Estudo

O estudo foi composto pelos profissionais Enfermeiros (n=24), Médicos (n=24) e Agentes Comunitários de Saúde (n=136) que integram as equipes das Unidades Básicas de Saúde (22) e da Unidade de Saúde Referência para a hanseníase no município, com dois médicos, uma enfermeira que concordaram em participar do estudo. Vale ressaltar, optou-se pela abordagem somente desses profissionais por esses prestarem assistência direta e rotineira ao paciente acometido pela hanseníase. Além disso, suas atividades estão discriminadas na Linha de Cuidado da Hanseníase (BRASIL, 2010b; RIO DE JANEIRO, 2010).

Foram incluídos no estudo, profissionais de ambos os sexos com seis meses ou mais de inserção no serviço, tempo considerado necessário para ter condições de responder as questões de interesse da pesquisa. Foram excluídos os profissionais que estavam de licença ou outro tipo de afastamento prolongado, que tenha ultrapassado o período da coleta. Assim, foram investigados 177 profissionais, conforme apresentado na figura 4:

Figura 4 – Fluxograma da composição da população do estudo, Floriano-PI, 2016



3.4 Variáveis do estudo/Definições

A variáveis estudadas foram as que compõem a estrutura e processo (variáveis independentes), bem como resultados (variáveis dependentes), sendo definidas como segue:

3.4.1 Estrutura

Aspectos Gerais: acessibilidade (presença de rampas, banheiros adaptados, disponibilidade de telefone) ; tipos de atendimento e serviços de apoio.

Recursos materiais: Kit dermatoneurológico (monofilamentos), fio dental, lanterna; medicamentos utilizados em hanseníase; material informativo; impressos (fichas de atendimento e de notificação, livros de registro).

Recursos Humanos: categoria profissional, tempo de formação, especialização, capacitação em diagnóstico, tratamento da hanseníase, manejo das reações hansênicas e avaliação dermatoneurológica com carga horária e tempo decorrido da última capacitação, médico cadastrado para prescrição de talidomida.

Organização normativa: fluxos para atendimento, fluxo de referência e contrarreferência, protocolos de busca ativa, abordagem e seguimento de casos e contatos, protocolo para investigação de hanseníase em menores de 15 anos.

3.4.2 Processo

Busca ativa; abordagem e seguimento de casos e contatos de hanseníase; notificação de casos e investigação; Notificação de abandono de tratamento, coleta de amostra de raspado dérmico para baciloscopia, teste histamina/pilocarpina, amido-iodo, avaliação dermatoneurológica no diagnóstico, durante o tratamento e na alta, tratamento da hanseníase segundo protocolo, prevenção, tratamento e notificação dos eventos reacionais e incapacidades físicas: acompanhamento, administração de medicamentos, cirurgia, atendimento fisioterápico; administração de BCG nos contatos; uso de fluxos e protocolos clínicos da hanseníase.

3.4.3 Resultado

Indicadores para avaliar a qualidade dos serviços de atenção à hanseníase, que de acordo com Ministério da Saúde (BRASIL, 2016) são seis. Contudo, foram utilizados neste estudo cinco deles, conforme quadro 3, considerando que o indicador relacionado à recidiva não tem parâmetro para avaliação.

Quadro 3 – Indicadores de avaliação da qualidade dos serviços de atenção à hanseníase

INDICADOR	CONSTRUÇÃO
1. Proporção de cura de entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes	Razão entre os casos novos diagnosticados em determinado local nos anos da coorte e curados até 31/12 do ano de avaliação e o total de casos do mesmo local e anos da coorte X100
2. Proporção de casos de hanseníase em abandono de tratamento entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes	Razão entre casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes que abandonaram o tratamento até 31/12 do ano de avaliação e o total de casos novos nos anos da coorte X100
3. Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes ¹	Razão entre o nº de contatos examinados dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes e o total de contatos dos casos novos de hanseníase registrados nos anos das coortes x 100
4. Proporção de casos novos de hanseníase com grau de incapacidade física avaliado no diagnóstico	Razão entre os casos novos de hanseníase com o grau de incapacidade física avaliado no diagnóstico e casos novos de hanseníase, residentes diagnosticados no mesmo local e ano da avaliação X100
5. Proporção de casos curados com grau de incapacidade física avaliado entre os casos novos de hanseníase no período das coortes	Razão entre os casos curados com o grau de incapacidade física avaliado por ocasião da cura e o total de casos curados no mesmo ano e local X 100

Fonte: Brasil (2016)

Neste estudo seguiu-se a orientação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016), no sentido de diferenciar os anos da coorte conforme a classificação operacional atual e data de diagnóstico de hanseníase, como segue:

Paucibacilar (PB) – todos os casos novos paucibacilares que foram diagnosticados um ano antes do ano da avaliação.

Multibacilar (MB) – todos os casos novos multibacilares que foram diagnosticados dois anos antes do ano da avaliação (BRASIL, 2016).

Foi considerado abandono quando os pacientes PB não compareceram ao tratamento por mais de três meses e os pacientes MB por mais de seis meses, mesmo após inúmeras tentativas de busca e retorno ao tratamento por parte dos profissionais (BRASIL, 2016).

3.4.5 Julgamento das variáveis

As variáveis foram avaliadas quanto à adequação. O critério para determinação do padrão de adequação da estrutura e processo foi o cumprimento de todas as determinações propostas pelo PNCH por meio de portarias, leis, diretrizes e manuais que regem o programa em âmbito nacional. A partir desta consideração, os itens relacionados à estrutura envolveram aspectos gerais (acessibilidade das pessoas com deficiência), recursos materiais, humanos e normativos (DONABEDIAN, 1973; VIACAVA, 2012).

A respeito do processo (ações) deve estar de acordo com: a Portaria 125/SVS-SAS de 26/03/2009 que define as ações para o controle da Hanseníase; Portaria nº 149, de 3 de fevereiro de 2016, que aprova as diretrizes para vigilância, atenção e controle da Hanseníase; Portaria nº 594 de 29/10/2010, regulamenta o tipo e as atividades desenvolvidas nos serviço de atenção integral a Hanseníase e Lei nº10.651 de 16/04/ 2003 que dispõe sobre o controle do uso de talidomida (BRASIL, 2010d; BRASIL, 2016).

Acrescentam-se os manuais e guias produzidos pelo PNCH como: Caderno de Atenção Básica nº 21 (BRASIL, 2008a); Guia de procedimentos técnicos para baciloscopia em Hanseníase (BRASIL, 2010c); Orientações para o uso de corticosteróides em Hanseníase (BRASIL, 2010d); Cadernos de prevenção e reabilitação em Hanseníase (BRASIL, 2008b); Diretrizes Nacionais para Elaboração de Programas de Capacitação para a Equipe de Saúde da Rede Básica atuar nas Ações de Controle da Hanseníase (BRASIL, 2000) e Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública: manual técnico-operacional (BRASIL, 2016).

A partir da avaliação do cumprimento ou não dos aspectos relacionados a estrutura e processo utilizou-se uma classificação utilizada por Brandão (2011), em três estratos, conforme segue:

Quadro 4 – Classificação da Estrutura e Processo

VARIÁVEIS	PARÂMETRO
Estrutura e processo Adequado	Cumprimento de 75 a 100% dos itens
Estrutura e processo Pouco Adequado	Cumprimento de 50 a 74% dos itens
Estrutura e processo Inadequado	Cumprimento de < 50% dos itens

O parâmetro para classificação do resultado seguiu a diretriz do MS (BRASIL, 2016), apresentado no quadro 5:

Quadro 5 – Parâmetro para avaliação dos Resultados

INDICADORES	PARÂMETROS
1. Proporção de cura de entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes	Bom: $\geq 90\%$; Regular: ≥ 75 a $89,9\%$; Precário: $< 75\%$;
2. Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	Bom: $\geq 90\%$; Regular: ≥ 75 a $89,9\%$; Precário: $< 75\%$;
3. Proporção de casos novos de hanseníase com grau de incapacidade física avaliado no diagnóstico	Bom: $\geq 90\%$; Regular: ≥ 75 a $89,9\%$; Precário: $< 75\%$;
4. Proporção de casos curados com grau de incapacidade física avaliado entre os casos novos de hanseníase no período das coortes	Bom: $\geq 90\%$; Regular: ≥ 75 a $89,9\%$; Precário: $< 75\%$;
5. Proporção de casos de hanseníase em abandono de tratamento entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes	Bom $< 10\%$ Regular 10 a $24,9\%$ Precário $\geq 25\%$

3.5 Instrumentos da pesquisa

Para coleta de dados foram utilizados dois instrumentos:

- Check-List – contempla informações a respeito da dimensão estrutural das unidades básicas e de referência que prestam serviços voltados para hanseníase (ANEXO A)
- Formulário aplicado aos profissionais de saúde – avalia as atividades em hanseníase realizadas pelos profissionais de saúde (ANEXO B)

Os dois anexos utilizados no estudo já foram validados e utilizados nos estudos de Brandão (2011), Alencar (2012) e Lanza (2014). Tais instrumentos contem questões predominantemente fechadas, que buscam abordar aspectos relacionados à formação profissional, sua atualização sobre o tema hanseníase, tempo e tipo de serviço que exerce, sobre as atividades desenvolvidas, bem como, os aspectos físicos, estruturais e organizacionais das unidades assistenciais.

3.6 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada pela própria pesquisadora, no período de novembro de 2015 a julho de 2016, em três etapas a saber:

Na primeira etapa, houve observação direta e sistemática das unidades de saúde, por meio da utilização de um check-list (ANEXO A) associada aos questionamentos realizadas aos profissionais, quando buscou-se checar informações a respeito da estrutura dos serviços, ou seja, sobre a disponibilidade de recursos humanos, físicos, materiais e atividades realizadas nos dois níveis de atenção.

Na segunda etapa foi realizada a entrevista com os profissionais de saúde das respectivas UBS e Unidade de Referência em hanseníase do estudo, que objetivou a verificação da disponibilidade de insumos e da realização das atividades de atenção à hanseníase, com vistas a identificar se estavam sendo desenvolvidas em conformidade com o preconizado pelo Ministério da Saúde.

Para isto, foram realizadas entrevistas com os profissionais de saúde envolvidos nesses dois níveis de atenção: Primária (UBS) e secundária (Unidade de Referência em hanseníase), utilizando-se um formulário pré-testado (ANEXO B). As questões abordadas foram relacionadas às capacitações realizadas para o atendimento aos casos de hanseníase, a organização do processo de trabalho; utilização de normas e protocolos; ao diagnóstico e tratamento dos estados reacionais, prevenção de incapacidades; sistema de referência e contrarreferência;

reabilitação (nível secundário); reabilitação cirúrgica; educação continuada para os profissionais; educação em saúde para os usuários e monitoramento dos sistemas de informação.

Na terceira etapa foi realizada a coleta de dados secundários obtidos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação- SINAN/PI, cuja base foi cedida pela Secretaria de Estado da Saúde do Piauí (SESAPI). Por meio deste, foram identificadas informações operacionais, que refletem a qualidade da assistência relacionada aos casos novos diagnosticados em 2014, quais sejam: à proporção de cura de hanseníase, proporção de casos de hanseníase em abandono de tratamento, proporção de contatos examinados, proporção de casos novos de hanseníase com grau de incapacidade física avaliado no diagnóstico, proporção de casos curados no ano com grau de incapacidade física avaliado (BRASIL, 2016).

3.7 Organização e Análise dos dados

Os dados foram digitados em um banco de dados editado, a fim de minimizar erros. Foi utilizado o programa Epi Info versão 7.1.5.2 para entrada de dados do questionário.

Para a análise dos dados utilizou-se o programa Stata 13 (Stata Corporation, College Station, USA). Foram calculadas as medidas de tendência central (média e mediana) e variabilidade (mínimo, máximo e desvio padrão). A partir dos indicadores da estrutura e processo realizou-se a frequência simples dos itens contidos no check-list (ANEXO A) para obtenção da classificação.

Além disso, foram calculados os indicadores de qualidade relativos ao ano de 2014, utilizando-se o TabWin 32, e posteriormente foram classificados de acordo com os parâmetros do MS (BRASIL, 2016).

Nas análises bivariadas, utilizou-se a Razão de Verossimilhança para verificar associações entre a classificação da estrutura e do processo com os resultados (indicadores de qualidade da atenção). O nível de significância foi fixado em $p \leq 0,05$.

3.8 Aspectos éticos e legais

Para a realização da pesquisa, solicitou-se a autorização das Secretarias de Saúde de Floriano e do Estado do Piauí. O Projeto foi aprovado pelo Comitê de

Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí, sob o parecer: 1.115.818 (ANEXO C). Os profissionais que concordaram em participar da pesquisa receberam informações sobre os objetivos, justificativa, procedimentos, riscos e benefícios, conforme Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012c). Aos mesmos foram apresentados o Termo de Consentimento livre e esclarecido (APENDICE A) e garantida a confidencialidade e a privacidade, a não utilização de informações em prejuízo das pessoas.

4 RESULTADOS

4.1 Caracterização dos profissionais que atuam na rede pública de saúde do município

Participaram deste estudo 177 profissionais da Estratégia Saúde da Família e Unidade de Referência em Hanseníase do município, com idade igual ou superior a 18 anos, com média de 42,55 anos, majoritariamente distribuídos nas UBS da zona urbana de Floriano 136 (76,84%).

A tabela 1 apresenta o perfil da amostra, cuja maioria (72,32%) foi composta por Agentes Comunitários de Saúde, com predomínio do sexo feminino 135 (76,27%), com médias de tempo de formação na área de atuação de 156,29 meses, e 114,71 meses no atual serviço. Quanto ao turno de trabalho, 154 (87,01%) dos profissionais trabalhavam no turno manhã e tarde e, com relação ao vínculo empregatício 150 (84,75%) eram estatutários.

Tabela 1 – Perfil demográfico, de formação e ocupacional de profissionais que atuam na rede pública de saúde de Floriano -PI, 2016 (n=177)

Variáveis	n (%)	\bar{x}	\pm	IC 95%	Min-Max
Continua					
Categoria Profissional					
Médico	24 (13,56)				
Enfermeiro	25 (14,12)				
ACS	128 (72,32)				
Sexo					
Masculino	42 (23,73)				
Feminino	135(76,27)				
Idade		42,55	11,28	40,87-44,22	22-82
20-39	81(45,76)				
40-59	84(47,46)				
Acima de 60	12 (6,78)				
Tempo de formação (meses)	177(100,00)	167,70	110,31	150,75 - 184,66	6- 648
Possui capacitação					
Não	47(26,55)				
Sim	130(73,45)				

Tabela 1 – Perfil demográfico, de formação e ocupacional de profissionais que atuam na rede pública de saúde de Floriano -PI, 2016 (n=177)

					Conclusão
Variáveis	n (%)	\bar{x}	\pm	IC 95%	Min-Max
Tempo decorrido da capacitação (meses)		35,81	40,78	27,80 – 43,82	2 -180
Tempo na equipe atual (meses)		121,65	67,73	111.31- 132.00	6- 240
Carga horária de trabalho		38,22	6,02	37,33 - 39,11	8 -40
Turno de trabalho					
Manhã	18 (10,17)				
Tarde	5 (2,82)				
Manhã e Tarde	154 (87,01)				
Zona de trabalho					
Zona Urbana	136 (76,84)				
Zona Rural	41(23,16)				
Tipo de contrato					
Estatutário	150(84,75)				
Celetista	9 (5,08)				
Prestador de serviço	18 (10,17)				

Legenda: \bar{x} = média, \pm = Desvio padrão, IC95%= intervalo de confiança, Min- Max= Mínima e Máxima

4.2 Caracterização da estrutura dos serviços de saúde voltados para a atenção à hanseníase

Sobre a caracterização dos recursos materiais, organizacionais observou-se que 18 (78,26%) das unidades assistenciais eram localizadas na zona urbana, sendo parcialmente acessível para população 12 (52,17%). Destaca-se a presença do enfermeiro em todas as unidades de saúde avaliadas, seguida do assistente social 20(86,96%), sendo que apenas onze unidades (47,83%) possuíam profissionais capacitados no manejo básico do agravo, cinco (21,74%) nas condutas avançadas. Vale ressaltar, que em 16 (69,5%) delas a Avaliação Neurológica Simplificada (ANS) era realizada pelo enfermeiro (Tabela 2).

Em 10 unidades de saúde (43,48%) observou-se a existência de ficha de referência-contrarreferência para os encaminhamentos. Somente três (13,04%), dispõem do protocolo complementar de investigação diagnóstica de casos de hanseníase em menores de 15 anos –PCID <15 anos e, em apenas quatro (17,39%)

existe a portaria/diretriz que rege as ações da hanseníase, como também, material informativo para atividades na comunidade.

Quanto aos recursos materiais presentes nas US que auxiliam no diagnóstico, em 13 (56,52%) foram encontradas estesiômetros, e em duas (9,09%) o kit para exame dermatoneurológico. Somente sete delas (30,43%) apresentaram o fluxo estabelecido para as reações hansênicas. E nenhuma unidade possuíam protocolo para conduta das complicações provenientes do agravo. Além disso, a unidade de referência não possuíam sapatos adaptados, assim como eram inexistentes os serviços/equipamentos de fisioterapia disponíveis para a população.

Tabela 2 – Caracterização da estrutura dos serviços de saúde para a hanseníase no município de Floriano -PI, 2016 (n=23)

Variáveis	N	%
Zona		
Urbana	18	78,26
Rural	05	21,74
Acessibilidade		
Sim	09	39,13
Não	02	08,70
Em parte	12	52,17
Área de atuação dos profissionais		
Assistente social	20	86,96
Ginecologia-Obstetrícia	05	21,74
Psicologia	17	73,91
Cardiologista	02	08,70
Clínica Médica	15	65,22
Médico da família-comunidade	15	65,22
Cirurgião dentista	15	65,22
Nutricionista	17	73,91
Enfermeiro	23	100,00
Educador físico	05	21,74
Fisioterapeuta	17	73,91
Existência de fluxos/protocolos		
Fluxo de atendimento formal	08	34,78
Estratégia Busca ativa dos faltosos	12	52,17
Estratégia busca de contatos	07	30,43
Protocolo de abordagem contatos	04	17,39
Protocolo de seguimento de contatos	05	21,74
Ficha de referência e contrarreferência	10	43,48
Profissionais capacitados		
Básico	11	47,83

Tabela 2 – Caracterização da estrutura dos serviços de saúde para a hanseníase no município de Floriano --PI, 2016 (n=23) Conclusão

Variáveis	N	%
Avançado	05	21,74
ANS	10	43,48
Qual profissional realiza ANS		
Médico	09	39,13
Enfermeiro	16	69,50
Existe caderno caderno 21*	03	13,44
Existe ficha ANS disponível	15	65,22
Existe formulário para avaliação do GI*	16	69,57
Existe PCID 15*	03	13,04
Existe ficha de registro e seguimento de contatos	13	56,52
Existe instrumento local para ANS	04	17,39
Existe livro de acompanhamento	15	65,22
Existe ficha de notificação em branco	19	82,61
Existe Boletim epidemiológico disponível	01	04,35
Existe portaria /diretrizes disponíveis na US	04	17,39
Existe material informativo exposto na US	11	47,83
Existe material para ações na comunidade	04	17,30
Existe kit de monofilamento (Estesiômetro)	13	56,52
Existe kit EDN*	02	09,09
Existe tabela de Snellen	05	21,74
Profissionais capacitados em estado reacional	05	21,74
Fluxo padrão para estados reacionais	07	30,43
Medicamentos disponíveis	12	52,17
Quais medicações		
PQT	12	52,17
Corticóide	07	30,43
Clofazimina	03	13,04
Antiinflamatório não hormonal	01	04,35
Talidomida	01	04,35
Disponibiliza BCG na US	07	20,43

*n diferente devido as atribuições conforme complexidade

4.3 Caracterização das ações (processo) de saúde para hanseníase

Na tabela 3, observa-se que mais de 70% dos profissionais realizavam exame de contatos na unidade e na visita domiciliar. Os 93 (52,54%) que não realizavam justificaram não haver estrutura no serviço.

Na rotina do serviço, 156 (88,14%) relataram realizar busca ativa dos contatos de hanseníase, mas somente 133(75,14%) dos profissionais abordavam os contatos e destes, apenas 65(36,72%) registram/dão seguimento aos contatos, e conforme necessidade 158(89,27%) encaminham para BCG. A notificação/ investigação de hanseníase do SINAN foi feita por apenas 27 (55,10%), assim como o acompanhamento dos casos no sistema foi realizada por 39 (79,59%) dos enfermeiros e médicos abordados. Observou-se que 27(55,10%) preencheram a ficha de avaliação neurológica simplificada, 25(51,02%) preencheram o formulário de grau de incapacidade, sendo que apenas cinco (10,20%) fizeram o protocolo complementar de investigação diagnóstica de casos de hanseníase em menores de 15 anos.

Verificou-se que apenas um profissional realizou baciloscopia. Quanto aos exames auxiliares/complementares o teste mitsuda foi realizado por um profissional (2,04%), teste amido-iodo, por dois (4,08%) e nenhum profissional realizou o teste com histamina exógena.

Nas abordagens aos estados reacionais provenientes da hanseníase, foi visto que cerca de 70 (39,55%) dos profissionais fizeram esse atendimento e oito (16,33%) preencheram a notificação dos casos. Ressalta-se que apenas 19(38,78%) utilizaram ficha de referência e contrarreferência. Quanto ao matriciamento dos casos feitos com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), 105 (59,32%) dos profissionais nunca realizaram, alguns 25 (14,12%) relataram não realizar por não possuírem acesso ao NASF.

Tabela 3 – Distribuição das ações (processo) realizadas pelos profissionais voltadas a hanseníase no município de Floriano-PI, 2016 (n=177)

Variáveis	Continua	
	N	%
Realiza exame de contatos na US		
Sim	134	75,71
Não	43	24,29
Realiza exame domiciliar		
Sim	127	71,75
Não	50	28,25
Encaminha para BCG	158	89,27
Faz busca ativa	156	88,14
Faz acolhimento contatos	142	80,23
Faz rotina de suspeita de casos	129	72,88

Tabela 3 – Distribuição das ações (processo) realizadas pelos profissionais voltadas a hanseníase no município de Floriano-PI, 2016 (n=177)

Variáveis	N	Conclusão
		%
Faz rotina de acompanhamento de casos	116	65,54
Preenche ficha de notificação*	27	55,10
Preenche boletim de acompanhamento no SINAN	39	79,59
Aborda contatos	133	75,14
Atende a pessoas em estado reacional	70	39,55
Realiza ações educativas na US	120	67,80
Preenche ficha ANS*	27	55,10
Preenche formulário de grau de incapacidade	25	51,02
Preenche PCID<15 anos	05	10,20
Realiza coleta do raspado dérmico(baciloscopia)	01	2,04
Realiza teste de Mitsuda	01	2,04
Realiza teste de amido-iodo	02	4,08
Preenche ficha específica de registro/seguimento dos contatos	65	36,72
Preenche instrumento local – ANS	09	18,37
Registra no livro de acompanhamento de casos	17	34,69
Preenche ficha de notificação de episódio reacional	08	16,33
Realiza Protocolo de abordagem	13	26,53
Realiza Protocolo de seguimento de contatos	10	20,41
Preenche Ficha de referência e contrarreferência	19	38,78
Realiza atividade de matriciamento		
Sim	47	26,56
Não tem acesso a NASF	25	14,12
Não	105	59,32
Desenvolve grupos com pessoas acometidas pela hanseníase	28	15,82

n* conforme as atribuições dos profissionais

4.4 Classificação da estrutura, processo e resultado dos serviços de saúde voltados para a hanseníase

Verificou-se que 47,82% das unidades de saúde investigadas encontraram-se com estrutura inadequada e 88,60% com processo inadequado, para dispensar atenção à pessoa acometida pela hanseníase.

Tabela 4 – Classificação das unidades de saúde quanto à estrutura e processo no município de Floriano -PI, 2016 (n=23)

Classificação	N	%
ESTRUTURA		
Adequado	04	17,40
Pouco adequado	08	34,78
Inadequado	11	47,82
PROCESSO		
Adequado	-	-
Pouco adequado	04	17,40
Inadequado	19	88,60

Na tabela 5, observa-se que há uma expressiva quantidade de unidades 11(47,82%) que apresentaram estrutura e processo inadequados. Somente duas unidades apresentaram estrutura adequada, destacando-se que nenhuma delas apresentou adequação de processo.

Tabela 5 - Distribuição das unidades de saúde quanto adequação da estrutura e processo. Floriano -PI, 2016

Continua

UNIDADES DE SAÚDE	ESTRUTURA	PROCESSO
US 01	Adequada	Inadequada
US 02	Adequada	Inadequada
US 03	Adequada	Pouco adequada
US 04	Adequada	Pouco Adequada
US 05	Pouco Adequada	Inadequada
US 06	Pouco Adequada	Inadequada
US 07	Pouco Adequada	Inadequada
US 08	Pouco Adequada	Inadequada
US 09	Pouco Adequada	Inadequada
US 10	Pouco Adequada	Inadequada
US 11	Pouco Adequada	Pouco Adequada
US 12	Pouco Adequado	Pouco Adequado
US 13	Inadequada	Inadequada
US 14	Inadequada	Inadequada
US 15	Inadequada	Inadequada
US 16	Inadequada	Inadequada
US 17	Inadequada	Inadequada
US 18	Inadequada	Inadequada
US 19	Inadequada	Inadequada
US 20	Inadequada	Inadequada

Tabela 5 - Distribuição das unidades de saúde quanto adequação da estrutura e processo. Floriano -PI, 2016

UNIDADES DE SAÚDE	Conclusão	
	ESTRUTURA	PROCESSO
US 21	Inadequada	Inadequada
US 22	Inadequada	Inadequada
US 23	Inadequada	Inadequada

4.5 Análise dos indicadores de qualidade dos serviços de atenção à hanseníase no município do estudo

Quanto a análise dos indicadores de qualidade, pôde-se observar que estes concentraram-se em doze unidades, demonstrando que apenas nestas houveram casos notificados no ano de avaliação, conforme levantamento no SINAN. Verificou-se que o indicador percentual de cura prevaleceu com parâmetro bom em 8 (80,0%) das unidades no ano de avaliação. Sobre o percentual de contatos examinados nas unidades 7(70,0%) foram classificadas como precárias. Foram encontradas sete unidades que realizaram a avaliação de casos no diagnóstico, sendo quatro (57,1%) classificados dentro do parâmetro bom, quanto ao percentual de casos avaliados na cura, predominou a classificação boa, assim como no percentual de abandono, ambos com 90.

Tabela 6 - Distribuição dos indicadores de qualidade da atenção à hanseníase (Resultados) em 2014. Floriano-PI, 2016

INDICADORES	CLASSIFICAÇÃO*					
	Bom		Regular		Precário	
	N	%	N	%	N	%
% de cura	08	80,0	-	-	02	20,0
% de contatos examinados	03	30,0	-	-	07	70,0
% de avaliados no diagnóstico	04	57,1	02	28,6	01	14,3
% avaliados na cura	09	90,0	-	-	01	10,0
% de abandono	09	90,0	-	-	01	10,0

Fonte: SINAN-PI, 2016 *Classificação adotada pelo MS (BRASIL,2016)

4.6 Análise da associação da qualidade da atenção à hanseníase com a adequação da estrutura dos serviços e das ações (processo) desenvolvidas pelos profissionais

Na tabela 7, observou-se que não houve associação estatisticamente significativa entre os indicadores de qualidade e a classificação da estrutura ($p > 0,05$).

Tabela 7 – Análise bivariada da classificação da estrutura das unidades de saúde com os indicadores de qualidade da hanseníase Floriano-PI, 2016

INDICADORES	CLASSIFICAÇÃO DA ESTRUTURA							p-valor ⁽¹⁾
		Inadequada		Pouco Adequada		Adequada		
		N	%	N	%	N	%	
% de contatos examinados	Precário	03	30,0	02	20,0	02	20,0	0,064
	Regular	-	-	-	-	-	-	
	Bom	-	-	03	30,0	-	-	
% de cura	Precário	-	-	02	20,0	02	20,0	0,194
	Bom	03	30,0	03	30,0	-	-	
% de avaliados no diagnóstico	Precário	02	28,6	01	14,3	-	-	0,148
	Regular	-	-	-	-	01	14,3	
	Bom	02	28,6	01	14,3	-	-	
% de avaliados na cura	Precário	01	10,0	-	-	-	-	0,262
	Bom	02	20,0	05	50,0	02	20,0	
% de abandono	Precário	-	-	01	10,0	-	-	0,473
	Bom	03	30,0	04	40,0	02	20,0	

⁽¹⁾Valor de p obtido da Razão de Verossimilhança

No entanto, a tabela 8 mostra que houve associação ($p < 0,05$) entre o percentual de avaliados no diagnóstico e o processo (ações) realizadas pelos profissionais.

Tabela 8 – Análise bivariada da classificação do Processo desenvolvido nas unidades de saúde com os indicadores de qualidade da hanseníase. Floriano-PI, 2016

INDICADORES	CLASSIFICAÇÃO DO PROCESSO					p-valor
		Inadequada		Pouco Adequada		
		N	%	N	%	
% de contatos examinados	Precário	01	40,0	02	20,0	0,684
	Regular	01	10,0	-	-	
	Bom	02	20,0	01	10,0	

Continua

Tabela 8 – Análise bivariada da classificação do Processo desenvolvido nas unidades de saúde com os indicadores de qualidade da hanseníase. Floriano-PI, 2016

Conclusão

INDICADORES	CLASSIFICAÇÃO DO PROCESSO				p-valor ⁽¹⁾	
		Inadequada		Pouco Adequada		
		N	%	N		%
% de cura	Precário	01	10,0	01	10,0	0,504
	Bom	-	60,0	02	20,0	
% de avaliados no diagnóstico	Precário	01	14,3	-	-	0,015
	Regular	-	-	02	28,6	
	Bom	04	57,1	-	-	
% de avaliados na cura	Precário	01	10,0	-	-	0,383
	Bom	06	60,0	03	30,0	
% de abandono	Precário	01	10,0	-	-	0,383
	Bom	06	60,0	03	30,0	

⁽¹⁾Valor de p obtido da Razão de Verossimilhança

5 DISCUSSÃO

5.1 Caracterização dos profissionais que atuam na rede pública de saúde do município

O predomínio de profissionais do sexo feminino, na faixa etária de 22 a 82 anos apresenta similaridade com estudo desenvolvido por Guarda et al. (2015), que constataram a preponderância de mulheres (55,5%), e por Marsiglia (2011) que ao caracterizar o perfil dos trabalhadores da Atenção Básica de São Paulo relatou que 80,7% dos profissionais eram do sexo feminino. Os resultados desses estudos reafirmam a hegemonia feminina como tendência entre os trabalhadores da rede pública de saúde.

Essa realidade, foi vista também no estudo de Marinho et al. (2015) cuja maioria dos entrevistados era do sexo feminino (80,4%), pode-se justificar pelo franco crescimento da população feminina em determinadas profissões que habitualmente eram desempenhadas por homens, como também, pelo aumento do nível de escolaridade e instrução das mulheres (COSTA; DURÃES; ABREU; 2010; COSTA, 2013). Em relação idade, este estudo apresentou média acima dos demais, visto que nos estudos mencionados a idade dos profissionais esteve entre 30 e 40 anos.

Os profissionais que compuseram o estudo atuam no mesmo serviço há vários anos nos dois turnos o que pode proporcionar maior segurança e interesse por suas atribuições. Visto que, estudos mostram que a elevada rotatividade de profissionais na rede pública de saúde pode comprometer o planejamento das ações a longo prazo, produz custos elevados de várias naturezas(recrutamento e seleção para reposição de pessoal, treinamento do recém- -admitido) e conseqüentemente na qualidade da atenção à saúde (NUNES; SANTINI; CARVALHO, 2015; PIERANTONI et al., 2015).

O estudo realizado por Gonçalves *et al.* (2014) e Mendonça *et al.* (2010), mostrou uma realidade divergente deste estudo, no que se refere ao vínculo empregatício dos profissionais entrevistados, 96,7% eram contratados e apenas 3,3% eram funcionários efetivos do município, e em quatro capitais brasileiras, havia mais de 90% de médicos e enfermeiros contratados pelas secretarias municipais de

saúde. Vale ressaltar, que o tempo de serviço constitui uma ferramenta importante para inserção do profissional a comunidade, para a formação de vínculo com as famílias e para a qualificação da atenção prestada, ao mesmo tempo em que melhora o conhecimento das necessidades da comunidade e propicia a continuidade da assistência (ROCHA; ZEITOUNE, 2007; ZANETTI et al.,2011).

É relevante que os profissionais que compõem a rede assistencial estejam capacitados para atuar diante das inúmeras atribuições cabíveis, respeitando os níveis de complexidade. Ao tratar-se do atendimento à pessoa acometida pela hanseníase, é notória a importância da preparação dos profissionais no manejo dos casos, especialmente relacionados às reações adversas ao tratamento, reações hansênicas, complicações neurais. Araújo et al. (2014a) evidenciam a necessidade do desenvolvimento de políticas públicas com enfoque no aprimoramento dos profissionais e gestores para o diagnóstico precoce da hanseníase, avaliação, como também, para seguimento dos casos aos serviços de prevenção de complicações neurais e incapacidade dos pacientes.

No estudo, pôde-se observar que grande parte dos profissionais foram capacitados. Todavia, o tempo decorrente da última capacitação para muitos deles foi extremamente longo. Considerando-se que o conhecimento em saúde é muito dinâmico, esses profissionais poderiam estar realizando práticas calcadas em conhecimentos já obsoletos.

No estudo realizado em Minas Gerais, ficou evidenciada a importância de investimentos em atualizações constantes das equipes de saúde dos municípios, pois as dificuldades operacionais do programa de controle da hanseníase estavam principalmente relacionadas à ausência de treinamentos (CARVALHO; FABRI; LANZA, 2015).

A educação continuada e permanente dos profissionais, juntamente ao desenvolvimento de condições com enfoque nas melhorias do processo de trabalho, na ampliação da participação do usuário, no apoio às ações e acompanhando os serviços, interferem na qualidade dos serviços. Alguns autores destacam que a capacitação e a motivação são elementos indispensáveis para o sucesso da integração das ações de controle da hanseníase, visto que, os profissionais precisam buscar mudanças que oportunizem melhorias em suas habilidades e o funcionamento dos serviços de saúde onde trabalham (CARVALHO, 2012; KAWUMA; NABUKENYA-MUDIOPE, 2011).

5.2 Caracterização da estrutura dos serviços de saúde voltados para a atenção à hanseníase

A estrutura configura-se como uma das etapas fundamentais para a reorientação das ações de saúde relacionados ao risco, a vulnerabilidades, ao acesso e à satisfação dos cidadãos tornando-se ferramenta imprescindível para o aperfeiçoamento do Sistema. Dessa forma, estudo da estrutura desenvolve-se em âmbito institucional e abrange a avaliação dos elementos, insumos da instituição e das características necessárias para realização das atividades inerentes ao serviço, ou seja, avalia-se a área física, recursos humanos, materiais e financeiros incluindo a capacitação dos profissionais e a organização dos serviços (PERTENCE; MELLEIRO, 2010; BRASIL, 2015a).

Na avaliação, pode-se observar que quase metade das unidades de saúde (47,83%) encontra-se parcialmente acessível para pessoas com deficiência física ou com dificuldades para ler ou escrever, visto que a estrutura física das unidades de saúde deve ser facilitadora da mudança das práticas em saúde. Acessibilidade consiste em um atributo essencial do ambiente que garante a melhoria da qualidade de vida das pessoas, devendo estar presente em todos os espaços, inclusive nos serviços de saúde independente da zona de atuação (BRASIL, 2008c; MOURA et al., 2010).

Moura et al. (2010) observaram também em seu estudo a limitação do acesso de portadores de deficiências, ao verificar-se a ausência de rampas de acesso e sanitário adaptado na grande maioria das unidades. Albuquerque et al. (2014) também encontraram achado semelhante na UBS de Pernambuco e destacaram a importância do problema, o qual necessita ser enfrentado, por meio da reestruturação das unidades de saúde, de eliminação de barreiras arquitetônicas e organizacionais para promoção da equidade no acesso.

Sobre a presença de fluxos/protocolos nos serviços, foi visto que poucas unidades os apresentavam. Em 12 (52,17%) havia fluxo de busca ativa dos casos faltosos, somente 7(30,43%) possuíam estratégia de busca de contatos e 10(43,48%) dispunham de ficha de referência e contrarreferência. A relevância dos fluxos e protocolos presentes nas unidades concerne na discriminação das atividades e atribuições dos profissionais, para que estejam respaldados na

execução se suas competências com responsabilidade e segurança com enfoque na assistência de qualidade ao paciente.

Os serviços de saúde tornam-se cada vez mais complexos pela incorporação de tecnologias e técnicas elaboradas, e vêm acompanhados de riscos na oferta de assistência aos pacientes. Mas, por meio do seguimento de protocolos específicos, associados à estruturação adequada dos serviços, pode-se prevenir/amenizar os inúmeros riscos relacionados à assistência à saúde (ANVISA, 2013). Dessa forma, unidades precisam estar preparadas para conduzir as diversas complicações provenientes da hanseníase, quanto a essa singularidade do agravo, foi visto que nenhuma US possui fluxo padronizado para seguimento das complicações da hanseníase e tratamento de episódios reacionais.

O estudo evidenciou que no município existe em apenas três (13,04%) unidades o protocolo complementar de investigação diagnóstica de casos de hanseníase em menores de 15 anos- PCID<15, quatro (17,39%) apresentam instrumento local para Avaliação Neurológica Simplificada (ANS) e portaria/diretrizes disponíveis na unidade de saúde. Portanto, observa-se que a maioria unidades não segue as recomendações do MS, quanto à utilização de protocolos/fluxos para hanseníase no serviço, pois há situações nas quais o diagnóstico da hanseníase pode exigir exame criterioso, diante da dificuldade de aplicação e interpretação dos testes, nesses casos poderão ser encaminhados para a unidade de referência (BRASIL, 2016).

No que concerne a recursos materiais, equipamentos e insumos necessários ao desenvolvimento das ações de assistência à hanseníase, em 13 (56,52%) unidades encontrou-se o kit de monofilamentos, que são ferramentas recomendadas para determinar o grau de incapacidade física por meio da realização do teste da sensibilidade dos olhos, mãos e pés. Também foi encontrado em poucas unidades de saúde, o kit para exame dermatoneurológico e a tabela de snellen necessária à avaliação da acuidade visual do paciente (BRASIL, 2016).

Estudo similar realizado na Bahia, por Moura et al. (2010), também evidenciou deficiências nos três componentes de estrutura analisados (ambiente físico, recursos materiais e pessoal) nas unidades de saúde da atenção primária. Segundo Rocha et al. (2012), apesar de 100% das unidades estudadas utilizarem protocolo no diagnóstico e tratamento da hanseníase e tuberculose, a inadequação da estrutura dificulta a realização do trabalho no serviço de saúde.

Ainda sobre a estrutura das unidades desta pesquisa, chama a atenção a capacitação dos profissionais nas ações específicas do agravo, pois, menos da metade das unidades de saúde dispõem de profissionais com capacitação básica, e em apenas cinco delas, com capacitação avançada e em estado reacional. Esta realidade vai de encontro com a OMS, cuja recomendação é que os profissionais dos serviços sejam continuamente engajados nos processos de educação permanente, com vistas a ofertar assistência de qualidade (WHO, 2016a).

Corroborando esta recomendação, o Ministério da Saúde destaca a importância da educação em saúde, ao possibilitar a formação dos profissionais como estratégia essencial à atenção integral humanizada e de qualidade, visando incentivar a demanda espontânea de doentes e contatos nos serviços de saúde, informar quanto aos sinais e sintomas da doença, importância do tratamento oportuno, entre outras medidas (BRASIL, 2016).

Nesta perspectiva, faz-se necessário vincular as atividades inerentes aos serviços às ações de educação em saúde. Desse modo, Ponce et al. (2013) reforçam a necessidade de estratégias que visem à qualificação permanente e sistematizada dos profissionais de saúde que atuam em todos os níveis para diagnóstico oportuno, configurando-se como um dos pilares para alcançar a sustentabilidade do controle da hanseníase em áreas endêmicas (SOUTAR, 2010).

A educação também precisa ser descentralizada para a comunidade, pois pode ampliar o conhecimento sobre a doença, promover a participação do usuário no processo de discussão favorecendo sua prevenção e diagnóstico precoce. Diante, das diversas atribuições no serviço, o profissional precisa emponderar a população, garantindo e ofertando todas as informações necessárias. Nas unidades de saúde investigadas neste estudo foi possível observar, que somente 11 disponibilizavam material informativo para leitura na US, apenas 4 possuíam material informativo para campanhas na comunidade e em única, encontrou-se boletim epidemiológico do agravo.

A Organização Mundial da Saúde (WHO, 2016a), sugere a capacitação de membros da comunidade para atuar na educação em saúde e o envolvimento de todos na promoção de condutas inovadoras, no processo de planejamento e tomada de decisões, referência e manutenção do conhecimento especializado na hanseníase.

5.3 Caracterização das ações (processo) de saúde voltadas para hanseníase

Considerando que a avaliação do processo engloba as atividades e os procedimentos dos profissionais, foi possível investigar se as ações de saúde voltadas à hanseníase estavam sendo ofertadas com qualidade e de forma adequada, para que a população as utilizasse efetivamente. A maioria dos entrevistados referiu realizar o exame de contatos tanto na US quanto no domicílio entre os que não realizavam a justificativa foi não haver estrutura no serviço ou recusa por parte do contato.

A importância do exame de contatos justifica-se principalmente por possibilitar a interrupção da cadeia de transmissão da hanseníase, permitindo a intervenção precoce dos casos diagnosticados, evitando a disseminação do bacilo e a instalação de incapacidades. Brito et al. (2016), em estudo realizado na Paraíba, observaram que a detecção de casos por meio do exame de contatos é baixa, o que pressupõe passividade e/ou negligência dos serviços de saúde devido ao baixo investimento das equipes de UBS na busca ativa de casos.

O mesmo foi constatado na pesquisa realizada em São Luís-Maranhão, em que somente 38,4% dos 1520 contatos foram submetidos ao exame dermatoneurológico, sendo esta uma ferramenta indispensável da vigilância para controle da doença (PEIXOTO et al., 2011).

No tocante à busca ativa dos casos, foi expressivo número de profissionais que relataram realizá-la. Apesar de sua extrema relevância, para identificação oportuna dos casos, a busca ativa não está explícita no modo de detecção da ficha de notificação do agravo, impossibilitando a avaliação mais fidedigna dessa atividade pela equipe de saúde.

Nos estudos de Ribeiro et al. (2014) verificaram-se que o modo de detecção prevalente no estudo em sua maioria (57,1%) deu-se por demanda espontânea, 17,6% por encaminhamentos e apenas 16,5% por exame de contatos intradomiciliares dos 91 casos de hanseníase notificados na microrregião de Diamantina-MG. Realidade semelhante foi apresentada nos casos detectados na cidade de Vilhena-RO, em que ocorreu por demanda espontânea e encaminhamento, ambos podem refletir a fragilidade na busca de casos pelo serviço de saúde (PAULA et al., 2016).

Nota-se que as ações realizadas pelos profissionais envolvidos diretamente na assistência à hanseníase, ainda estão distante do que preconizam os protocolos atualmente estabelecidos. Isto reflete o baixo conhecimento das rotinas/protocolos/diretrizes, pois menos de 75% realizam rotina de suspeita e acompanhamento de casos, embora sejam disponibilizadas pela gestão estadual e municipal (PIAUI, 2015).

É importante salientar que os protocolos, seguem as diretrizes do SUS e influenciam a construção do modelo de atenção. Este, configura-se como uma estratégia fundamental, tanto no processo de planejamento, implementação e avaliação das ações, quanto no processo de trabalho, necessários para a obtenção de qualidade dos serviços (WERNECK, 2009). O encaminhamento para outros serviços de saúde ou especialista foi utilizado por 19 pacientes (55,9%), cujas respostas para as questões contempladas no instrumento indicam uma variação de 41,2 a 50% de satisfação.

Para que o atendimento ocorra com efetividade, é crucial o estabelecimento da rede de atenção, interligando intimamente os três níveis de atenção para oportunizar a assistência eficaz. No quesito organização dos serviços, 38,98% dos profissionais afirmaram que a referência do paciente é realizada acompanhada por formulário, mas que contrarreferência nem sempre acontece, pois somente em poucas unidades de saúde existem formulários específico para contrarreferência, o qual deve conter informações detalhadas a respeito do atendimento prestado e das condutas e orientações para o seguimento do (a) paciente no estabelecimento de origem (BRASIL, 2016).

Dada sua significância para qualidade do serviço, Tomarely et al. (2013) observaram que 19 pacientes (55,9%) referiram satisfação quanto ao encaminhamento para outros serviços de saúde ou especialista pelo serviço em São Paulo, pois registra as informações sobre o estado de saúde do individuo na guia de referência e de contrarreferência e as demais orientações. Samy e Joshi (2010) ressaltam ainda que é indispensável ter um bom sistema de referência com apoio adequado, para que serviços de qualidade da hanseníase estejam disponíveis, de uma forma abrangente e acessíveis a portadores de hanseníase carentes.

Dessa forma, é fundamental conhecer as especificações de cada nível, a exemplo da referência secundária, que deve receber os casos suspeitos de difícil diagnóstico e/ou classificação. É necessário que sejam submetidos a outros exames

mais complexos para identificar o comprometimento cutâneo ou neural discreto e à avaliação de outros especialistas para diagnóstico diferencial (BRASIL, 2016). Portanto, sem a contrarreferência nos serviços de saúde, não pode existir integração dos níveis de complexidade na rede atenção, dificultando a integralidade do cuidado ao indivíduo.

Para isso, a efetivação da referência e contrarreferência necessitam da avaliação criteriosa, realizada com auxílio de fichas e protocolos. No presente estudo foi verificado que, além do baixo percentual de profissionais que não estão aptos a aplicá-los, ainda existe a barreira estrutural/organizacional que não disponibiliza nas unidades, tampouco, capacita seus funcionários para utilizá-los adequadamente, configurando a atenção nas unidades de saúde por demanda espontânea.

Rocha et al. (2012) destacam ainda, que a organização da demanda no serviço, aliados à capacitação dos recursos humanos, interação da equipe de forma interdisciplinar e adequação do espaço físico segue como sugestão para melhoria da realização das atividades da US.

Apesar de o diagnóstico ser prioritariamente clínico-epidemiológico, algumas ferramentas auxiliam no diagnóstico diferencial com outras doenças dermatoneurógicas, casos suspeitos de recidiva e na classificação para fins de tratamento, o mais usado é a baciloscopia. O estudo identificou também, a dificuldade na utilização de metodologias complementares para realização do diagnóstico, refletindo a baixa adesão do serviço às tecnologias que, por ventura, venham ampliar a probabilidade de detecção precoce de casos novos de hanseníase.

Consoante com os achados de estudos sobre hanseníase, Malheiro et al. (2016) demonstraram uma perspectiva pouco otimista para a situação da doença, que enfrenta muitas barreiras para sua eliminação, por exemplo, falta de uma vacina de alta eficácia. E, ainda, o alvo de eliminação mal estabelecido retarda a sua eliminação. Considerando o risco dos contatos adquirirem a hanseníase com pacientes multibacilares, que chega a ser cinco a dez vezes maior e com pacientes paucibacilares, duas a três vezes mais elevado que em pessoas que não convivem, deve-se compreender melhor a transmissão da doença, intensificação de campanhas, com triagem de longa duração, busca ativa de casos, metas razoáveis,

assim como adoção de novas ferramentas para interromper e reduzir a carga do agravo (CHAPTINI; MARSHMANO,2015).

Nessa linha de entendimento, foi observado outro entrave relacionado a vigilância para hanseníase, no município em estudo constatou-se que apesar da conscientização dos profissionais para encaminhamento dos contatos para BCG, apenas 7(20,43%) das US disponibilizam BCG. Peixoto et al. (2011) evidenciaram que os serviços de saúde envolvidos na pesquisa não executaram de forma satisfatória quanto ao registro da BCG, que é tida como uma das medidas de controle em relação aos contatos intradomiciliares(vacinação de BCG-ID).

Contudo, foi visto que a vigilância dos contatos ainda é deficitária, e as ações programáticas são realizadas, essencialmente, pelos enfermeiros das US do município refletindo a centralização dos serviços inviabilizando a assistência mais efetiva às pessoas acometidas pela hanseníase.

5.4 Análise dos indicadores de qualidade dos serviços de atenção à hanseníase no município do estudo e sua relação com a estrutura e processo

Os indicadores adotados no estudo refletem a qualidade dos serviços de hanseníase. São considerados essenciais nos processos de monitoramento da rede, pois permitem acompanhar o alcance das metas pactuadas anualmente, além de embasar a análise crítica dos resultados e dar orientações na tomada de decisão, contribuindo para a melhoria da organização do serviço. Foi observado que no período avaliado os indicadores de qualidade estiveram presentes em menos de 50% das unidades avaliadas, o que pode, em parte, ser decorrente da subnotificação dos casos, bem como da incompletude das informações no sistema, dentre outras falhas relacionadas à estrutura e processo.

Apesar disso, o percentual de cura manteve-se bom, ou seja, $\geq 90\%$ na coorte. Considera-se alta por cura, aquele indivíduo que tenha concluído o tratamento para paucibacilar ou multibacilar no tempo correto, com dose supervisionada. Estes devem ser submetidos ao exame dermatológico, à avaliação neurológica simplificada e avaliação do grau de incapacidade física (BRASIL, 2016).

Cabe mencionar que quando comparados com os indicadores produzidos em âmbito mundial, nacional e estadual, constatou-se que se assemelham. Em 2015, os dados mundiais corroboraram com os da pesquisa. Na avaliação realizada pela

OMS em âmbito mundial, observou que dos 136 países avaliados, 20 relataram a taxa de cura para pacientes paucibacilares em <85%, quanto ao tratamento multibacilar 35 relataram ter o mesmo percentual, dentre eles o Brasil (84,4%) (WHO,2016a). O Piauí, em 2014 manteve o parâmetro bom para este indicador, com percentual de 80,2. O estudo realizado por Sousa et al. (2012) no Estado do Piauí, enfatizou que no período de 2003 a 2008, a variação inesperada dos padrões da doença em relação aos indicadores operacionais e epidemiológicos é uma consequência de problemas operacionais na rede de cuidados de saúde.

Já no estudo realizado na região sul do país, destacou que esse indicador é útil para subsidiar a avaliação da efetividade do tratamento. Em Curitiba, nos anos de 2007 e 2008, essa proporção foi considerada precária, e em Foz do Iguaçu, apontaram dificuldades na capacidade do Programa de Controle da Hanseníase para melhorar ou manter o número de casos curados, pois saiu do parâmetro bom para regular (OLIVEIRA et al. 2015).

Os piores resultados foram obtidos ao avaliar-se o percentual de contatos examinados, pois no período de avaliação, 70% das unidades foram consideradas precárias. A avaliação dos contatos é um dos principais indicadores no quesito qualidade do serviço, pois oportuniza a detecção precoce dos prováveis casos, visto que essa população possui maior risco de adoecimento, reduzindo assim, a manutenção da doença e a instalação da incapacidade física, além de favorecer a quebra da cadeia de transmissão da hanseníase.

Ainda existe dificuldade para avaliação dessa população, desfecho semelhante foi encontrado no Pará, cuja maioria dos contatos registrados não foi avaliada pelos serviços de saúde, obtendo a classificação regular de contatos para os casos índices com idade inferior a 15 anos e precária para aqueles com idade igual ou superior a 15 anos (LOBATO; NEVES; XAVIER, 2016).

Dentre as dificuldades para o alcance desse indicador no município investigado, podem ser listadas a presença de poucos serviços no município com o kit para realização do exame dermatoneurológico e/ou não possuir um protocolo estabelecido para abordagem e seguimento dos contatos (deficiência na estrutura), visto que essas medidas intensificam as ações desenvolvidas pelos profissionais que compõem a rede assistencial possibilitando a redução da prevalência oculta e da manutenção do estigma que acompanha a doença.

Quanto a avaliação dos casos, todo paciente deve ser avaliado por ocasião do diagnóstico, durante o tratamento, na ocorrência de estados reacionais e no momento da cura, considerando a necessidade de se observar a integridade da função neural e o grau de incapacidade física. Nos dois momentos avaliados no estudo, diagnóstico e cura observou-se que, em sua maioria, tiveram parâmetro bom, sete e dez unidades, respectivamente, no entanto, essa avaliação não ocorre de forma sistemática, provavelmente porque a equipe de saúde não teve uma orientação eficaz sobre a importância dessa avaliação para o controle da eficiência do tratamento.

Brito et al. (2015) observaram em pesquisa realizada na Paraíba, precariedade na avaliação dos casos no momento do diagnóstico, em todo período do estudo, e também identificaram grau 2 de incapacidade instalada, refletindo o diagnóstico tardio. Dessa forma, a avaliação do grau de incapacidade deve ser realizada em qualquer período em que ocorram queixas dos pacientes, visto que também possibilitará detecção oportuna das complicações para a conduta pertinente.

Por isso, reitera-se a relevância dessa avaliação em todos os momentos, inclusive no pós-alta medicamentosa, associada à avaliação contínua dos mesmos, a fim de promover o autocuidado as incapacidades físicas consequentes do agravo (FINEZ; SALOTTI, 2011). Além disso, permite-nos conhecer a prevalência oculta dos casos de hanseníase que está relacionada ao grau de incapacidade física do paciente no momento do diagnóstico e a incidência da doença nos cinco anos anteriores ao que se deseja pesquisar, pois segundo Suarez e Lombardi (1997) por meio do grau de incapacidades no diagnóstico pode-se avaliar o componente operacional e epidemiológico da doença, visto que a grande maioria dos pacientes de hanseníase não apresenta incapacidades no início da doença.

Diante dessa avaliação, vê-se que a análise dos indicadores é crucial para vigilância dos casos, para avaliação periódica para diagnóstico das incapacidades ocasionadas pela hanseníase. É fundamental a sensibilização dos profissionais para a sua realização, além de estrutura mínima necessária nos serviços de saúde, pois a existência da prevalência oculta pode ser o reflexo da negligência frente as ações voltadas ao combate da hanseníase mantendo o município hiperendemicidade.

O Ministério da Saúde recomenda verificar a integridade da função neural utilizando formulário de ANS, para o teste de sensibilidade nas mãos e pés, orienta-

se a utilização do conjunto de monofilamentos. Tal avaliação permite determinar o grau de incapacidade sugerido pela OMS, como: Grau 0 – Sem sinais e/ou sintomas decorrente de hanseníase; Grau I – Anestesia; Grau II – Úlceras, garra móvel, reabsorção discreta, pé caído, lagoftalmo e/ou ectrópio, triquíase, opacidade da córnea; e Grau III – Mão caída, articulações anquilosadas, contratura, reabsorção intensa e acuidade visual menor de 0,1 na escala optométrica (BRASIL, 2008b; BRASIL, 2016).

No entanto, este estudo evidenciou que 15 (65,22%) unidades possuem ficha para ANS disponível, 13 (56,52%) destas possuem estesiômetros e apenas 25 (51,02%) preenchem o Formulário de incapacidades físicas. Além da indisponibilidade dos recursos materiais, existem poucas unidades com profissionais capacitados para realização da ANS (10/43,48%), sendo maior parte das avaliações realizadas pelo enfermeiro da equipe, que pode ocasionar a sobrecarga profissional, implicando no atendimento de baixa qualidade.

Araújo et al. (2016c) reforçam que a assistência precisa ser integral à pessoa com hanseníase, e que requer a organização de equipes multidisciplinares nos níveis de atenção da rede pública. Nesse cenário, a atuação do enfermeiro é destacada, pois transpõe a visão formal, científica, medicamentosa da doença e perpassa os aspectos físicos do paciente, sendo este responsável pela organização, planejamento das ações desenvolvidas no cotidiano da ESF.

Quanto aos acompanhamentos dos casos, apesar da baixa patogenicidade, o abandono do tratamento implica no maior risco de transmissão dos casos bacilíferos detectados, não tratados adequadamente, o que favorece a continuidade da cadeia de transmissão (SOUZA et al., 2013). Sobre esse aspecto, os resultados demonstraram o padrão bom no período avaliado no município. Tal fato pode estar relacionado ao empenho da equipe em encerrar os casos oportunamente.

Araújo et al. (2014b) identificaram que os pacientes multibacilares apresentaram menor adesão ao tratamento, classificados em sua maioria na forma dimorfa (32,35%) evidenciando a propensão elevada de transmissão. Ainda que se tenha encontrado o parâmetro bom para a taxa de abandono, deve-se atentar para o padrão dos casos, por meio da vigilância epidemiológica no que diz respeito a forma clínica e classificação operacional, para evitar que ao percentual de abandono seja prevalente nos casos multibacilares, a forma transmissível da doença.

No presente estudo, a maioria unidades foi considerada inadequada quanto à estrutura (47,82%) e processo (88,60%), aspectos considerados vitais para o atendimento efetivo à pessoa acometida pela hanseníase. Donabedian (1978) defende que ambos influenciam diretamente nos resultados e que, para prestar assistência qualificada faz-se necessária estrutura adequada com recursos materiais e humanos, insumos, organização normativa, bem como é indispensável processos embasados cientificamente, direcionadas à população, em específico, para que haja melhorias nos indicadores de avaliação. Vale ressaltar que, embora, os resultados apresentados não tenham expressado a relevância estatística, na perspectiva epidemiológica e organizacional observou-se que as unidades do município não estão condizentes com o que é atualmente preconizado pelo Ministério da Saúde.

Considerando-se a rede de atenção, as UBS devem estar aptas a resolver aproximadamente 85% dos problemas de saúde da comunidade, mas para isso, precisa-se dispor de recursos estruturais que viabilizem a ação dos profissionais de saúde em relação a demanda (BRASIL, 2008c). Rocha et al. (2012) ressaltaram que a falta de recursos humanos, de materiais e equipamentos são fatores que dificultam o processo de trabalho, e conseqüentemente reflete no serviço oferecido.

Diversos fatores podem contribuir para melhoria da qualidade dos serviços oferecidos na atenção à hanseníase. Nery et al. (2014) observaram que tais melhorias podem estar associadas com o aumento cobertura da ESF, pois ampliam o acesso dos indivíduos aos serviços de saúde e, por conseguinte, facilitam a notificação e diagnóstico de casos de hanseníase em unidades básicas de saúde. Aliados à ESF a Unidade de Referência em hanseníase, pode contribuir substancialmente na identificação e conduta dos casos que exigem maior complexidade (TIWARI,RICHARDUS, 2016).

Em que pese o município de Floriano dispor de Unidade de Referência com estrutura adequada, ainda possui muitas ações centralizadas o que pode dificultar o controle da doença, por meio da busca ativa dos contatos, seu acompanhamento e educação em saúde sobre o agravo. Além disso, cabe aos gestores a sensibilização dos profissionais para execução das ações propostas, pois o planejamento e implementação de uma rede de atenção mais organizada pode funcionar como base para a melhoria da qualidade da assistência e o real controle da endemia.

5.5 Limitações do estudo

Entre as limitações deste estudo, destaca-se a dificuldade na abordagem dos sujeitos, pois nem sempre foi possível encontrar os profissionais nas unidades, especialmente os médicos e os agentes comunitários de saúde, os quais demandaram diversas visitas para coleta dos dados fosse concluída.

A utilização de dados secundários, as subnotificações, déficit nos registros, inconsistências e incompletude dos dados podem ter influenciado a qualidade das informações, mais ainda assim, considera-se importante estudos que envolvam a sua utilização, como forma de incentivar e sensibilizar o preenchimento de forma consciente, e para gerar informações confiáveis, que permitam realizar avaliações fidedignas da situação epidemiológica dos agravos de saúde.

Outra consideração, diz respeito a escassez de pesquisas que abordam a avaliação na perspectiva adotada neste estudo. Observou-se que os estudos avaliativos voltados para o serviço de saúde, abordam predominante a percepção qualitativa dos usuários.

Tais limitações foram contornadas buscando-se informações em outras fontes e com outras estratégias: levantamento no SINAN, aplicação de check-list, entrevista com os profissionais.

6 CONCLUSÃO

Os profissionais que estão diretamente envolvidos na atenção à hanseníase no município do estudo, se caracterizaram por serem na sua maioria do sexo feminino (76,27%) com média de idade 42,55 anos, sendo 84,75% efetivos no município. Quanto à participação em capacitações, 73,45% referiram ter realizado. Porém, existe um longo tempo decorrido da última capacitação, o que pode estar refletindo na qualidade da assistência oferecida.

O estudo evidenciou que a estrutura das unidades que desenvolvem atenção à saúde das pessoas acometidas pela hanseníase estavam em grande parte (47,8%), inadequadas. Quanto ao processo, a situação encontra-se ainda mais séria, uma vez que (88,60%) das unidades investigadas tiveram os seus processos classificados como inadequados.

Quanto aos resultados (indicadores de qualidade da atenção), a maioria das unidades de saúde avaliadas foi classificada no parâmetro bom, à exceção do percentual de contatos avaliados, que em 70% delas foi precário.

Não foi possível comprovar, na íntegra, a hipótese deste estudo. Apenas um dos indicadores, que diz respeito ao percentual de avaliados no diagnóstico, apresentou associação estatisticamente significativa com o processo ($p=0,015$). Tal fato pode ser atribuído em parte a qualidade dos registros (consistência e completude). O pequeno tamanho da amostra também é um fator que pode ter influenciado.

Considera-se que a pesquisa desenvolvida pode representar um avanço na produção de conhecimento acerca da avaliação nos serviços de saúde, pois permitiu conhecer aspectos distintos da realidade da hanseníase no município do estudo, que servirão de subsídios ao enfrentamento da doença. Outros estudos dessa natureza precisam ser empreendidos, de modo a se conhecer melhor o problema para desencadear proposições de intervenções efetivas.

7 RECOMENDAÇÕES

Considerando que esta pesquisa avaliativa abre caminhos para novas avaliações com vistas a auxiliar no fortalecimento das políticas públicas voltada para hanseníase e gerar mudanças na realidade da assistência no município, seguem algumas recomendações:

- 1- Integração mais efetiva do Programa Municipal de Controle da Hanseníase com a rede assistencial;
- 2- Promoção de condições técnico-organizativas para o estímulo à implantação de ações voltadas para a assistência à hanseníase;
- 3- Priorização da qualificação dos profissionais que compõem o serviço, para apoio matricial à rede;
- 4- Ofertar os insumos necessários para oportunizar o diagnóstico e acompanhamento dos pacientes;
- 5- Adotar os protocolos e as diretrizes preconizados pelo MS para dar melhor seguimento aos casos abordados;
- 6- Estabelecer os fluxos de atendimento, acolhimento, referência e contrareferência para a construção de uma rede assistencial mais resolutiva;
- 7- Promover a disseminação das informações da rede de cuidado para a comunidade e os trabalhadores da saúde;
- 8- Fomentar a formação e fortalecimento do elo entre instituições de ensino e serviço de saúde;
- 9- Estimular o monitoramento constante dos sistemas de informações em saúde, propostos no âmbito nacional para avaliação do agravo, no intuito de ampliar o conhecimento, bem como, aprimorar a utilização dos dados e, conseqüentemente, contribuir para melhorar a assistência à saúde;
- 10- Promover adequação estrutural e processual das unidades para que hajam melhorias na assistência holística ao paciente acometido pela hanseníase.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, A. C.; MOTA, E. L. A.; FELISBERTO, E. Descentralização das ações de vigilância epidemiológica em Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública [online]**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 4, p. 861-873, abr. 2015.

ALBUQUERQUE, M. S. V. et al. Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 182-194, out. 2014.

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. 3101p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, 2014.

ALENCAR, M. J. F. **Reações hansênicas em pós-alta de Poliquimioterapia: fatores associados e visão dos usuários numa área endêmica do Brasil**. 2012. 153 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Ceará, 2012

ALENCAR, O. M. Monitoramento e avaliação em Hanseníase: desafios e perspectivas para gestão de qualidade. IN: ALVES, E. D. (Org.). **Hanseníase: avanços e desafios**. Brasília: NESPROM, 2014. p. 80-90.

ANDRADE, V. A. Descentralização das atividades e a delegação das responsabilidades pela eliminação da hanseníase ao nível municipal. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 47-51, jun. 2000.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. 1. ed. Brasília: ANVISA, 2013.

ARAÚJO, A. E. R. A. et al. Complicações neurais e incapacidades em hanseníase em capital do nordeste brasileiro com alta endemicidade. **Rev bras epidemiol.**, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 899-910, out./dez. 2014a.

ARAÚJO, M. M. et al. Perfil clínico-epidemiológico de pacientes que abandonaram o tratamento de hanseníase. **Hansen Int.**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 55-63, jul. 2014b.

ARAÚJO, T. M. E. et al. **Boletim de vigilância em saúde do Estado do Piauí: Hanseníase 2014**. Teresina EDUFPI, 2016a.

_____. **Boletim de vigilância em saúde de Floriano-Piauí: Hanseníase 2014**. Teresina: EDUFPI, 2016b.

ARAÚJO, L. S. et al. Ações de enfermagem na prevenção e controle da hanseníase: uma revisão integrativa. **Rev Enferm UFPI.**, Teresina, v. 5, n. 2, p. 69-74, abr./jun. 2016c.

BAPTISTA, T. W. F.; REZENDE, M. A ideia de ciclo na análise de políticas públicas. IN: MATTOS, R. A. (Org.). **Caminhos para análise das políticas de saúde**. 1. ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015. p.509

BECHELLI, L. M. Simpósio sobre a epidemiologia e a profilaxia da lepra (1933-1953). **Rev Brasil leprologia**, São Paulo, v. 22, n. 3-4, p. 157 – 230, set./dez. 1954.

BRANDÃO, P. S. **Avaliação da qualidade da assistência aos estados reacionais em Hanseníase na Atenção Primária**: o caso da AP 5.3 no município do Rio de Janeiro. 2011. 56 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº16.300 de 31 de Dezembro de 1923. Artigo 445, inciso X. IN: _____. _____. _____. Aprova o regulamento do Departamento Nacional de Saude Publica. **Lex**: coletânea de legislação: edição federal, Brasília, 1923.

_____. Lei nº 3.542, de 11 de fevereiro de 1959. Institui a Campanha Nacional contra a Lepra e dá outras providências. 1959. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Seção 1, p. 1.

_____. Serviço nacional de lepra. Departamento Nacional de Saúde. **Manual de leprologia**. Rio de Janeiro: Departamento Nacional de Saúde, 1960. 22p.

_____. Lei nº 9.010 de 29 de março de 1995. Dispõe sobre a terminologia oficial relativa à hanseníase e dá outras providências. **Presidência da República**. Brasília, DF, 29 mar. 1995.

_____. _____. **Diretrizes Nacionais para a elaboração de programas de capacitação para a equipe de saúde da rede básica atuar nas ações de controle de hanseníase pela área técnica de dermatologia sanitária**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. _____. Portaria n. 95 de 26 de janeiro de 2001. Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS/SUS 01/2001. **República Federativa do Brasil**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2001.

_____. _____. _____. _____. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde**: caminhos da institucionalização. Brasília, DF: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP, 2005.

_____. _____. _____. _____. Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase. **Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase em Nível Municipal 2006-2010**. Brasília: Ministérios da Saúde, 2006.

_____. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Governo do Distrito Federal. **Hanseníase**: Protocolo de Atendimento. Brasília: 2007.

_____. _____. _____. _____. **Vigilância em saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose**. 2. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a. 195 p. (Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, 21).

_____. _____. _____. _____. **Manual de prevenção de incapacidades**. 3. ed. rev. e ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b. 140 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de prevenção e reabilitação em hanseníase; n. 1).

_____. _____. _____. _____. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008c. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. _____. Portaria n. 594 de 29 de outubro de 2010. Aprova o o Serviço de Atenção Integral em Hanseníase. **República Federativa do Brasil**. Brasília, 2010a.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Aprova as diretrizes para vigilância, atenção e controle da hanseníase**. Brasília: Ministérios da Saúde, 2010b.

_____. _____. _____. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de procedimentos técnicos: baciloscopia em hanseníase**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010c.

_____. _____. _____. _____. **Orientações para uso: corticosteroides em hanseníase**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010d.

_____. _____. **Plano Integrado de ações estratégicas de eliminação da hanseníase, filariose, esquistossomose e oncocercose como problema de saúde pública, tracoma como causa de cegueira e controle das geohelmintíase: plano de ação 2011-2015**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. _____. _____. _____. **Situação epidemiológica da hanseníase no Brasil: análise de indicadores selecionados na última década e desafios para eliminação**. Boletim epidemiológico, Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. _____. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2013 : uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza** . Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a.

_____. _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Coordenação Geral de Hanseníase e doenças em eliminação. **Informe Técnico “Campanha Nacional de Hanseníase, Verminoses, Tracoma e Esquistossomose 2015”**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.

_____. _____. _____. _____. **Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública: manual técnico-operacional.** Brasília, 2016.

BRITO, K. K. G. et al. Caracterização dos casos de hanseníase diagnosticados por meio do exame de contato. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v.10, n.2, p.435-41, fev.2016.

_____. Epidemiological analysis of leprosy in an endemic state of northeastern Brazil. **Rev Gaúcha Enferm.**, Rio Grande do Sul, v. 36, n. especial, p. 24-30, jul./dez. 2015.

CARNEIRO, M. das G. D. et al. Processo de construção de redes de atenção à saúde na 16ª região de saúde do Ceará. **SANARE**, Sobral, v. 13, n. 2, p. 42-49, jun./dez. 2014.

CARVALHO, A. M. O. Gestão da qualidade nos serviços assistenciais públicos. **Revista Inova Ação**, Teresina, v. 1, n. 1, art. 6, p. 52-70, jan./jun. 2012.

CARVALHO, A. P. M.; FABRI, A. C. O. C.; LANZA, F. M. Integração das ações de controle da hanseníase sob a perspectiva dos profissionais da saúde. **Rev enferm UFPE [On line]**, Recife, v. 9, n. 1, p. 114-20, jan. 2015.

CARVALHO, K. A. Discussões em torno da reconstrução do significado da lepra no período pós-sulfônico, Minas Gerais, na década de 1950. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 541-558, jun. 2015.

CETOLIN, S. F. et al. Hanseníase e cidadania na política de saúde brasileira. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 16, n. 2, p. 135-162, jul./dez. 2010.

CHAPTINI, C.; MARSHMAN, G. Leprosy: a review on elimination, reducing the disease burden, and future research. **Lepr Rev.**, London, v. 86, n. 1, p. 307-315, jan. 2015.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. *et al.* A Avaliação na Área da Saúde: Conceitos e Métodos. IN: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em Saúde: dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. p. 29-48

COSTA, S. M. et al. Perfil do profissional de nível superior nas equipes da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Rev Bras Med Fam Com.**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 27, p. 90-6. abri./jun. 2013.

_____; DURÃES, S. J. A.; ABREU, M. H. N. G. Feminização do curso de odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, suppl.1, p. 1865-1873, jul. 2010.

COSTA, V. H. M. V. Programa nacional de eliminação da hanseníase: um estudo sobre a avaliabilidade do programa e das suas ações em âmbito estadual e municipal. **Rev Baiana Saude Publica**, Bahia, v. 34, n. 3, p. 450-467 jul./set. 2010.

COSTA, V. A.; RAMIRES, J. C. L. A importância das redes de saúde para o desenvolvimento da Atenção Primária em Pirapora. **Hygeia**, Uberlândia, v. 10, n. 18, p. 234 – 249, jun. 2014.

CRUZ, A. O Hospital-Colônia Rovisco Pais: a última leprosaria portuguesa e os universos contingentes da experiência e da memória. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 407-431, abr./jun. 2009.

CRUZ, M. M. Avaliação de Políticas e Programas de saúde: contribuições para o debate. IN: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. (Org.). **Caminhos para análise das políticas de saúde**. 1. ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015. p. 285-317.

CUNHA, V. S. Isolados 'como nós' ou isolados 'entre nós'? : a polêmica na Academia Nacional de Medicina sobre o isolamento compulsório dos doentes de lepra*. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 939-954, out./dez. 2010.

D'INNOCENZO, M.; ADAMI, N. P.; CUNHA, I. C. K. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 59, n. 1, p. 84-88, fev. 2006.

DONABEDIAN, A. **Aspects of Medical Care Administration**. Boston: Harvard University Press, 1973.

_____. **La calidad de la atención médica**: definición y métodos de evaluación. México, D.F: La Prensa Mexicana, 1984.

_____. Prioridades para el progreso em La evaluación y monitoreo de localidad de la atención. **Salud Pública de México**, México, v. 35, n. 1, p. 94-97, jan./fev. 1993.

_____. The quality of care: How can it be assessed?. **Jama**, 1988, v. 260, n. 12, p. 1743-1748, set. 1988.

_____. The Quality of Medical Care. **Science**, 1978, v. 200, n. 4344, p. 856-64, mai. 1978.

DUCATTI, I. Discurso científico e legitimação política: hanseníase e isolamento compulsório (brasil, século xx) .**Projeto História**, São Paulo, v. 1, n. 34, p. 303-315, jun. 2009.

EIDT, L. M. **O mundo da vida do ser hanseniano**: sentimentos e vivência. 2000. 252 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2000.

FEMINA, L. L. et al. Lepra para hanseníase: a visão do portador sobre a mudança de terminologia. **Hansen Int.**, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 37-48, mar. 2007.

- FINEZ, M. A; SALOTTI, S. R. A. M. Identificação do grau de incapacidades em pacientes portadores de hanseníase por meio da avaliação neurológica simplificada. **J Health Sci Inst.**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 171-5. nov. 2011.
- FRIAS, P. G. et al. Atributos da qualidade em saúde. IN: SAMICO, I. et al. **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. p. 43-55.
- FUZIKAWA, P. L. et al. Decentralisation of leprosy control activities in the municipality of Betim, Minas Gerais State, Brazil. **Lepr Rev.**, London, v. 81, n. 3, p. 184-95, jan. 2010.
- GENOVEZ, P. F.; PEREIRA, F. R. Da lepra à Hanseníase: política pública, o cotidiano e o estigma a partir da memória de seus atores – governador valadares (década de 1980). **História: Questões & Debates**, Curitiba, v. 1, n. 60, p. 205-228, jan./jun. 2014.
- GONÇALVES, C. R. et al. Recursos humanos: fator crítico para as redes de atenção à saúde. **Saúde Debate.**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 26-34, jan./mar. 2014.
- GUARDA, F. et al. Caracterização das equipes do Programa Academia da Saúde e do seu processo de trabalho. **Rev Bras Ativ Fis Saúde**, Pelotas, v. 20, n. 6, p. 638-640, nov. 2015.
- GUBA, E.; LINCOLN, Y. **Effective evaluation**. San Francisco: Jossey Bass Publishers, 1988.
- HELENE, L. M. F. et al. Organização de serviços de saúde na eliminação da Hanseníase em municípios do Estado de São Paulo. **Rev bras enferm.**, Brasília, v. 61, n.1, p. 744-752, nov. 2008.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010**. 2010.
- KAWUMA J. H.; NABUKENYA-MUDIOPE, A. Study on inclusion of leprosy in the curricula of pre-service health training institutions in Uganda. **Lepr Rev.**, London, v. 82, n. 3, p. 296-303, jun. 2011.
- KASTURIARATCHI, N. D.; SETTINAYAKE, S.; GREWAL, P. Processes and challenges: how the Sri Lankan health system managed the integration of leprosy services. **Lepr Rev.** London, v. 73, n. 2, p. 177-85, jun. 2002.
- 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**, Florianópolis, v. 20, n.1, p. 238-46, jan. 2011.
- 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. 3101p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, 2014.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, jan. 2011.

LOBATO, D. C.; NEVES, D. C. O.; XAVIER, M. B. Avaliação das ações da vigilância de contatos domiciliares de pacientes com hanseníase no Município de Igarapé-Açu, Estado do Pará, Brasil. **Rev Pan-Amaz Saude**, Ananindeua, v. 7, n. 1, p. 45-53, mar. 2016.

MACIEL, L. R. **Memória e história da hanseníase no Brasil por meio de seus depoentes (1960/200)**: catálogo de depoimentos. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/COC, 2010.

MALHEIRO, L. et al. Elimination campaigns: poliomyelitis and leprosy. **Acta Med Port.**, Portugal, v. 29, n. 4, p. 279-283, abr. 2016.

MARINHO, L. M. et al. Atributos da Atenção Primária: perspectiva e perfil de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **RENOME**, Monte Carlos, v. 4, n. 2, p. 4-18, jan. 2015.

MARSIGLIA, R. M. G. Perfil dos Trabalhadores da Atenção Básica em Saúde no Município de São Paulo: região norte e central da cidade. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 900-911, mar. 2011.

MELO, C. M.; SANTOS, J. A. C.; SANTOS, L. A. G.. Dinâmica espaço-temporal da hanseníase no Estado de Sergipe (2004-2010). **Scire Salutis**, Aquidabã, v. 1, n. 2, p. 23-34, jul. 2011.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MENDONÇA, M. H. M. et al. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. p. 2355-2365, ago. 2010.

MORHAN. Movimento das Pessoas Atingidas pela Hanseníase. **Projeto global sobre a história da hanseníase**. Brasília: Projeto Acervo, 2010.

MOURA, B. L. A. et al. Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 10, supl. 1, p. 69-81, nov. 2010.

NERY, J. S. et al. Effect of the Brazilian Conditional Cash Transfer and Primary Health Care Programs on the New Case Detection Rate of Leprosy. **PLoS Neglected Tropical Diseases**, v. 20, n. 8, p. nov. 2014.

NUNES, E. F. P. A.; SANTINI, S. M. L.; CARVALHO, B. G. Força de trabalho em saúde na Atenção Básica em Municípios de Pequeno Porte do Paraná. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 29-41, jan./mar. 2015.

OLIVEIRA, K. S. de et al. Avaliação dos indicadores epidemiológicos e operacionais para a hanseníase em municípios prioritários no estado do Paraná, 2001 a 2010. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 24, n. 3, p. 507-516, jul./set. 2015.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Estratégia global aprimorada para redução adicional da carga da hanseníase: 2011-2015: diretrizes operacionais** (atualizadas). Brasília: OMS, 2010.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. **Inovando o papel da Atenção Primária nas redes de Atenção à Saúde: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011a.

_____. _____. Plan de Acción para Acelerar el Logro de la Eliminación de la Lepra en América Latina y el Caribe. WHO: OPAS, 2011b.

PAULA, G. P. et al. Caracterização do perfil dos pacientes diagnosticados com hanseníase no município de vilhena–rondônia. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 1-16, jan. 2016.

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. [online]**. Brasília, v. 61, n. spe, p. 716-725, nov. 2008.

PERTENCE, P. P.; MELLEIRO, M. M. Implantação de ferramenta de gestão de qualidade em Hospital Universitário. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 1024-1031, dez. 2010.

PEIXOTO, B. K. S. et al. Aspectos epidemiológicos dos contatos de hanseníase no Município de São Luís-Ma. **Hansen Int.**, São Paulo, v. 36, n. 1, p. 23-30, jul. 2011.

PIAUI. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenação de Atenção às Doenças Transmissíveis. Programa Estadual de Controle da Hanseníase. **Informe epidemiológico**. Boletim. Teresina: SUPAT/DUVAS/Gerência de Atenção à Saúde, 2013.

PIAUI. Secretaria de Estado da Saúde. **Protocolo de Vigilância, atenção e controle da hanseníase no Estado do Piauí**. Teresina: EDUFPI, 2015.

PIERANTONI, C. R. et al. Rotatividade da força de trabalho médica no Brasil. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 637-647, jul./set. 2015.

PISCO, L. A. A avaliação como instrumento de mudança. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 566-68, out. 2006.

PONCE, M. A. Z. et al. Tuberculosis diagnosis and performance assessment of the first health service used by patients in São José do Rio Preto, São Paulo State, Brazil. **Cad Saú Públ.**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p. 945-954, mai. 2013.

QUEIROZ, M. S. Hanseníase no Brasil: Uma perspectiva histórica dos paradigmas e modelos institucionais de enfrentamento da doença. **Ciências Sociais e Saúde para o ensino médico**, São Paulo, v. 9, n.1, p. 134-150, jun. 2000.

RIBEIRO, G. C. et al. Estimativa da prevalência oculta da hanseníase na microrregião de Diamantina – Minas Gerais **Rev. Eletr. Enf. [Internet].**, Goiânia, v. 16, n. 4, p. 728-35, out/dez. 2014.

RICHARDUS, J. H.; HABBEMA, D. F. The impact of leprosy control on the transmission of *M. leprae*: is elimination being attained? **Lepr Rev.**, London, v. 78, n. 4, p. 330-337, dez. 2007.

RIO DE JANEIRO. Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde Superintendência de Atenção Primária. **Linhas de Cuidado da Hanseníase**. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, 2010.

ROSA, G. R. et al. Análise da completude de incapacidade em hanseníase da regional de saúde de Rondonópolis/MT. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Brasília, v. 7, n. 1, p. 82-95, jan. 2016.

ROCHA, A. C. D. et al. Atenção básica à saúde: avaliação de estrutura e processo. **RAS.**, São Paulo, v. 14, n. 54, p. 71-79, abr./jun. 2012.

ROCHA, J. B. B.; ZEITOUNE, R. C. G. Perfil dos enfermeiros do programa saúde da família: uma necessidade para discutir a prática profissional. **R Enferm UERJ.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 46-52, jan./mar. 2007.

RODRIGUES, L. C.; LOCKWOOD, D. N. Leprosy now: epidemiology, progress, challenges, and research gaps. **Lancet Infect Dis.**, 2012, v. 11, n. 6, p. 464-70, jun. 2011.

SAMICO, I. et al. Abordagens metodológicas na avaliação em saúde. IN: _____. (Org.). **Avaliação em Saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: Medbook, 2010. p.56-63.

SAMY, A. A.; JOSHI, P. L. National Workshop on 'Best practices to ensure sustainable quality care for leprosy affected persons at the district level referral centres through general health care system'. **Lepr Rev.**, London, v. 81, n. 2, p. 162–166, jun. 2010.

SANTOS, L. A. C; FARIA, L.; MENEZES, R. F. Contrapontos da história da hanseníase no Brasil: cenários de estigma e confinamento. **Rev. bras. estud. popul.**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 167-190, jun. 2008.

SANTOS, L. J. **Caracterização espacial e temporal da endemia hansênica na zona urbana de Floriano-Piauí, 2004 a 2013**. 2015. 96f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia em Saúde) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.

SANTOS, V. S. M. dos. Pesquisa documental sobre a história da hanseníase no Brasil. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 10, supl. 1, p. 415-26, 2003.

SAUTER, A. M. W.; PERLIN, N. M. O. G.; KOPF, A. W. Política de regionalização da Saúde: das Normas Operacionais ao Pacto pela Saúde. **Rev. Min. Enferm.**, Minas Gerais, v. 16, n. 2, p. 265-274, abr./jun. 2012.

SAVASSI, L. C. M. Qualidade em serviços públicos: os desafios da atenção primária. **Rev bras med fam comunidade.**, Florianópolis, v. 7, n. 23, p. 69-74, abr./jun. 2012.

SILVA, R. C. C. Stigmata and prejudice: reality of the carrier of leprosy in prison units. **J. Res fundam. Care. Online**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 994-506, abr./jun. 2014.

SINAN NET. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação**. Secretária de Estado da Saúde do Piauí. SESAPI: Coordenação de Doenças Transmissíveis, Supervisão de Hanseníase, Piauí, SESAPI, 2014.

SOUTAR, D. Sustainability of leprosy control: the role of the International Federation of Anti-Leprosy Associations (ILEP). **Lepr Rev.**, London, v. 81, n. 4, p. 290-291, dez. 2010.

SOUZA, A. A. Adhesion To Hansen's Disease Treatment For Patients Monitored At Basic Health Units In Imperatriz-Ma. **SANARE**, Sobral, v.12, n.1, p. 6-12, jan./jun. 2013.

SOUSA, M. W. G. de et al. Epidemiological Profile of Leprosy in the Brazilian state of Piauí between 2003 and 2008. **An. Bras. Dermatol.**, Rio de Janeiro, v. 87, n. 3, p. 389-395, jun. 2012.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

SUAREZ, R. E. G.; LOMBARDI, C. Estimado de prevalência de lepra. **Hansen. Int.**, São Paulo, v. 22, n. 2, p.31-35, jan. 1997.

TEXEIRA, E. C. **O Papel das Políticas Públicas no Desenvolvimento Local e na Transformação da Realidade**. Salvador, BA: AATR, 2002.

TIWARI, A.; RICHARDUS, J.H. Investment case concepts in leprosy elimination. **Lepr Rev**, London, v.87, n. 2, p.20-22, jan. 2016.

TOMARELY, J. P. et al. Qualidade da atenção as pessoas com hanseníase na rede pública de saúde. **Hansen Int.**, São Paulo, v. 38, n. 1-2, p. 26-36, jul. 2013.

VIACAVA, F. et al. Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde: um modelo de análise. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 921-934, abr. 2012.

VIEIRA, L. M. **Avaliação de políticas e programas de saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014. 110p.

ZANETTI, T.G. et al. Perfil socioprofissional e formação de profissionais de equipes de saúde da família: um estudo de caso. **Cienc Cuid Saude**, Maringá, v. 9, n. 3, p. 448-455, jun./set. 2011.

WERNECK, M. A. F.; FARIA, H. P. de; CAMPOS, K. F. C. **Protocolos de cuidado à saúde e de organização do serviço**. Belo Horizonte: Coopmed, 2009.

WHO. World Health Organization. **Category analysis of the overall detection rate of leprosy in Brazil for the triennium 2011-2013**. WHO, 2015.

_____. _____. Global leprosy: update on the 2012 situation. **Weekly Epidemiological Record**, Genebra, v. 88, n. 35, p. 365-380, ago. 2013a.

_____. _____. **Leprosy today**. WHO, 2012.

_____. _____. Regional Office for South-East Asia. **Global leprosy strategy: accelerating towards a leprosy-free world**. WHO, 2016a.

_____. _____. **Weekly epidemiological record**, n. 35, 2 sept. WHO, 2016b.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



INSTRUMENTO 2.2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

“Atenção à saúde para hanseníase em áreas de alta endemicidade nos municípios de Floriano e Picos: abordagem integrada de aspectos operacionais, epidemiológicos (espaço-temporais), clínicos e psicossociais” – IntegraHans Piauí

Prezado Sr./Sra.,

Você está sendo convidado(a) a participar de uma de pesquisa. Sua participação é importante, porém, você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

Esta pesquisa tem como objetivo fortalecer o controle da hanseníase por meio da avaliação sobre a situação epidemiológica, clínica e psicossocial da doença, bem como sobre o funcionamento dos programas de controle. Os aspectos operacionais das ações de controle serão verificadas na rede de atenção básica e especializada para hanseníase existente neste município indicando ações para potencializar as ações de gerentes dos programas e dos profissionais de saúde envolvidos.

Endereço do responsável pela pesquisa

Instituição: Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí

Pesquisador Responsável: Prof. Dr.^a Telma Maria Evangelista de Araújo e demais pesquisadores incluídos no estudo

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella – Bairro Ininga – Teresina/PI CEP: 64049-550

Telefones para contato: (86)3237-1683

ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se/contate

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella – Bairro Ininga. Pró Reitoria de Pesquisa – PROPESQ. CEP: 64.049-550 – Teresina – PI.

Telefone para contato: (86) 3237-2332

Antes de decidir a respeito de sua participação, é importante que você saiba o motivo da realização desse estudo e o que ele envolverá. Pergunte-nos caso haja algo que não esteja claro ou caso necessite de maiores informações. Você dispõe de tempo para pensar e avaliar se desejará participar ou não do estudo. Os pesquisadores e profissionais envolvidos nesse estudo não estarão sendo remunerados para a realização da pesquisa por nenhuma agência fomentadora de pesquisas. O estudo foi revisado por um Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição Responsável, conforme endereço acima.

Neste estudo serão realizadas aplicações de instrumentos específicos para a caracterização e avaliação do funcionamento do programa e da rede de serviços disponível

RISCOS E BENEFÍCIOS:

- Este estudo apresenta risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler etc.
- Nesse estudo, NÃO haverá coleta de sangue, fezes, urina, pele ou qualquer material biológico por meio de procedimentos invasivos que gerem riscos diretos ao participante. Caso você concorde em participar desta pesquisa você não estará sujeito a nenhum risco. Você não receberá nenhum pagamento por participar desse estudo.

DIREITOS DOS PARTICIPANTES:

- A garantia de receber a resposta ou esclarecimento a qualquer pergunta ou dúvida junto dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa.
- A liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem que isso traga prejuízo a minha pessoa.
- A segurança de que não será identificado e que será mantido o caráter confidencial da informação relacionada com minha privacidade.
- Receber informações atualizadas durante o estudo, ainda que este possa afetar a minha vontade do participante de continuar na pesquisa.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO OU DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE OU DO RESPONSÁVEL PELO PARTICIPANTE:

Tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implica:

- CONCORDO em participar e DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO(A) OU OBRIGADO(A).
- NÃO CONCORDO em participar.

_____, _____, _____ / _____ / _____

<p>Assinatura ou impressão datiloscópica do(a) voluntário(a) ou responsável legal</p>	<p><i>Telma Maria Evangelista de Araújo</i> Dra. Telma Maria Evangelista de Araújo Coordenadora Geral Projeto Integrans Piauí Responsável pelo estudo</p> <hr/> <p>Nome do profissional que aplicou o TCLE</p>
<p>Endereço do(a) participante-voluntário(a)</p> <p>Domicílio: _____ (rua, _____ praça, _____ conjunto):</p> <p>Complemento (nº): _____ Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____</p> <p>Ponto de referência: _____ CEP _____</p> <p>Telefone(s) para contato(DDD) _____</p>	

ANEXO A – CHECK-LIST ESTRUTURA DE UNIDADES DE SAÚDE



CHECK-LIST ESTRUTURA DE UNIDADES DE SAÚDE

	INFORMAÇÃO	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA
ESTRUTURA				
1	As condições da unidade de saúde em termos de estrutura que respeita a acessibilidade dos usuários com limitação? 1-Sim 2- Não 3- Em parte			
2	Áreas de atuação dos profissionais de saúde existentes atualmente na unidade de saúde? 1-Assistência social _____ 3-Cirurgião geral _____ 4-Clínica médica _____ 6-Cirurgião dentista _____ 7-Dermatologia _____ 8-Educação física _____ 9-Fisioterapia _____ 10-Ginecologia-obstetrícia _____ 11-Infectologia _____ 12-Médico de Família e Comunidade _____ 13-Nutrição _____ 14-Ortopedia _____ 15-Psicologia _____ 16-Farmácia _____ 17-Enfermagem _____ 18-Outros _____			
3	Existe fluxo padronizado estabelecido formalmente para o atendimento de pessoas com hanseníase?			
4	Existe estratégia padronizada formal de busca ativa de casos faltosos?			
5	Existe estratégia padronizada formal de busca ativa de contatos faltoso			
6	Existe protocolo para abordagem inicial de contatos domiciliares?			
7	Existe protocolo para seguimento de contatos domiciliares?			
8	Existem fichas/formulários para referência e contrarreferência de casos na rede de atenção			
9	Os profissionais são capacitados para manejo básico da hanseníase?			
10	Os profissionais são capacitados em avaliação neurológica simplificada?			
11	Qual profissional de saúde realiza a avaliação neurológica 1-Médico 2-Enfermeiro 3-Fisioterapeuta 7-Não se aplica			
12	Existe o Caderno de Atenção Básica 21 na UBS/ESF?			
13	Existe ficha para avaliação neurológica simplificada			

	disponível na UBS?			
14	Existe formulário para avaliação do grau de incapacidade na UBS?			
15	Existe protocolo complementar de investigação diagnóstica de casos de hanseníase em menores de 15 anos – PCID < 15 anos			
16	Existe ficha específica para registro e seguimento de contatos familiares?			
17	Existe instrumentos padronizados localmente para avaliação neurológica?			
18	Existe livro de registro para acompanhamento de casos?			
19	Existem fichas de notificação/investigação de casos novos de hanseníase disponível na UBS?			
20	Existem boletins epidemiológicos na UBS?			
21	Diretrizes da SVS/MS, está disponível na UBS?			
22	Existe material informativo/educativo sobre hanseníase para utilização na unidade?			
23	Existem material informativo/educativo para ação na comunidade?			
24	Existe Kit de monofilamentos (estesiômetro) disponível para a unidade			
25	Existe kit para realização de teste dermatoneurológico na UBS (tubo de ensaio com água quente e fria, fio dental sem sabor, chumaços de algodão, caneta esferográfica, lanterna clínica, régua)?			
29	Possui tabela de Snellen padronizada? (para avaliação de acuidade visual)			
30	Os profissionais foram capacitados para manejo de eventos reacionais em hanseníase?			
31	Existe fluxo padronizado estabelecido formalmente para o atendimento de pessoas com reações em hanseníase?			
32	Os medicamentos para tratamento da hanseníase, estados reacionais e complicações estão disponíveis na farmácia da UBS?			
33	Se existem medicamentos disponíveis na UBS, Especifique 1-PQT 2-Corticosteroide 3-Clofazimina 4-Anti-inflamatório não hormonal 5-Talidomida 6-Não se aplica 7-Outros			
34	Existem protocolos padronizados formais para seguimento de complicações da hanseníase e do tratamento de episódios reacionais?			
35	Possui sapatos adaptados disponíveis?			
36	Possui serviços/equipamentos de fisioterapia funcionando?			
	INFORMAÇÃO	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA
PROCESSO				
37	Os profissionais desta unidade realizaram atendimento a pessoas acometidas pela hanseníase no último mês			
38	Que tipode atendimento são realizadas na unidade de saúde (US) para hanseníase?[Pode ser marcada mais de uma opção] 1-Não realiza atendimento 2-Diagnóstico clínico inicial 3-Confirmação diagnóstica			

	4-Suspeição Diagnóstica inicial pelo enfermeiro 5-Disponibilização de PQT 6-Acompanhamento de PQT 7-Exame de contatos 8-Diagnóstico de estados reacionais 9-Acompanhamento de reações 10-Atenção fisioterápica 11-Reabilitação física 12-Cuidado para feridas 13-Terapia ocupacional 14-Abordagem psicológica 15-Assistência de Enfermagem 16-Outros _____			
39	A digitação do SINAN ocorre na UBS?			
40	Realiza coleta de amostra de raspado dérmico para baciloscopia?			
41	Realiza teste Mitsuda?			
42	Realiza teste de histamina / pilocarpina?			
43	Utiliza o teste de amido-iodo?			
44	Realiza ou encaminha para exames hematológicos convencionais?			
45	Realiza ou encaminha para eletroneuromiografia?			
46	Disponibiliza ou encaminha órtese?			
47	Disponibiliza ou encaminha prótese?			
48	Realiza atendimento para pessoas com hanseníase que desenvolvem eventos reacionais?			
49	Há registro em prontuários de atendimento de eventos reacionais em hanseníase?			
50	Existe médico cadastrado na GRS para prescrição de Talidomida?			
51	Realiza atividades de farmacovigilância?			
52	Disponibiliza materiais para realização de imobilização de membros?			
53	A UBSDisponibiliza e aplica de BCG?			
54	Registra em Boletim de Doses Aplicadas do PNI dos contatos dos casos de hanseníase?			
55	Recebe alunos de graduação de saúde para formação?			

ANEXO B – CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE



PROFISSIONAIS DE SAÚDE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE/ UNIDADE REFERÊNCIA

DADOS PROFISSIONAIS

1) Sexo:

- 1-Masculino
- 2-Feminino

2) Idade: _____

3) Categoria Profissional na ESF

- 1-Médico
- 2-Enfermeiro
- 3-ACS

4) Tempo de formação em sua categoria profissional (não inclui aperfeiçoamentos/especializações/outras pós-graduações):

Tempo em anos/meses/dias _____

5) Qual a sua carga horária na equipe de saúde da família (ESF)?

Tempo em Horas Semanais _____

6) Qual o turno de trabalho na ESF?

- 1-Manhã
- 2-Tarde
- 3-Manhã/Tarde

7) Há quanto tempo você trabalha na ESF nessa equipe atual nesse município?

Tempo em anos/meses/dias _____

8) Você tem ou já teve hanseníase?

- 1-Não
- 2-Sim

ESTRUTURA

9) Você recebeu capacitação em abordagem e/ou diagnóstico, tratamento, eventos reacionais para hanseníase?

- 1-Não
- 2-Sim
- 9-Não lembra/Não Sabe

10) Caso afirmativo, há quanto tempo da última capacitação? [Se não ou ignorado, 0]

Tempo em anos/meses/dias _____

11) Qual a carga horária da principal capacitação? [Se não ou ignorado, 0]
_____ horas

12) Realizou atendimento a pessoas acometidas pela hanseníase no último mês?

- 1-Não
- 2-Sim

13) Possui casos de hanseníase em tratamento com poliquimioterapia atualmente em sua equipe?

- 1-Não
- 2-Sim
- 9-Ignorado

14) Quais as condições da unidade de saúde em termos de estrutura que respeita a acessibilidade dos usuários com limitação?

- 1-Sim
- 2- Não
- 3-Emparte

15) Quais serviços de apoio para a sua unidade de saúde?

- 1-Hospital geral
- 2- Serviço de referência em hanseníase
- 3-Serviço de referência em reabilitação
- 4-Serviços ambulatoriais de especialidades
- 5-Ambulância para transporte de pacientes
- 6-Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)
- 7-Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)
- 8-Atenção Fisioterápica
- 9-Academia da Saúde
- 10-Outros _____

- 1-Não
- 2-Sim

20) Utiliza a lanterna para avaliação olhos e nariz?

- 1-Não
- 2-Sim

21) Utiliza a fio dental para avaliação olhos (sensibilidade de córnea)?

- 1-Não
- 2-Sim
- 9-Ignorado

16) Quemodalidades de atendimento são realizadas na sua unidade de saúde (US) para hanseníase? [Pode ser marcada mais de uma opção]

- 1-Não realiza atendimento
- 2-Diagnóstico clínico inicial
- 3-Confirmação diagnóstica
- 4-Disponibilização de PQT
- 5-Acompanhamento de PQT
- 6-Suspeita Diagnóstico inicial pelo enfermeiro
- 7-Exame de contatos
- 8-Diagnóstico de estados reacionais
- 10-Acompanhamento de reações
- 11-Atenção fisioterápica
- 12-Reabilitação física
- 13-Cuidado para feridas
- 14-Terapia ocupacional
- 15-Abordagem psicológica
- 16-Atenção nutricional
- 17-Assistência social
- 18-Assistência farmacêutica
- 19-Assistência de enfermagem
- 20-Outros _____

22) Utiliza Caderno de Atenção Básica 21 na UBS/ESF?

- 1-Não
- 2-Sim

23) Utiliza a portaria/diretrizes da SVS/MS, na UBS?

- 1-Não
- 2-Sim

24) Há medicação regular disponível na UBS para tratamento da hanseníase (PQT)?

- 1-Não
- 2-Sim

25) Há medicação regular disponível na UBS para episódios reacionais?

- 1-Não
- 2-Sim

9-Ignorado

17) Utiliza kit para realização de teste dermatoneurológico na UBS (tubo de ensaio com água quente e fria, fio dental sem sabor, chumaços de algodão, caneta esferográfica, lanterna clínica, régua

- 1-Não
- 2-Sim

26) Existe fluxo padronizado estabelecido formalmente para o atendimento de pessoas com reações em hanseníase?

- 1-Não
- 2-Sim

18) Utiliza estesiômetro para avaliação de casos e contatos de hanseníase na ESF?

- 1-Não
- 2-Sim

27) Registra em prontuários de atendimento de eventos reacionais em hanseníase?

- 1-Não
- 2-Sim

19) Utiliza tabela de Snellen padronizada? (para avaliação de acuidade visual)?

PROCESSO

28) Realiza exame de contatos de casos hanseníase na unidade de saúde?

- 1-Não
2-Sim

29) Realiza exame de contatos de casos hanseníase nos domicílios das famílias atingidas?

- 1-Não
2-Sim

30) Se não realiza exame em qualquer circunstância, qual fator você atribui a não realização do exame de contatos?

- 1-Contato não quer realizar exame
2-Contato não encontrado
3-Contato faltoso
4-Caso referência não quer revelar seu diagnóstico
5-Falta de estrutura do serviço
6-Não se aplica
7-Outros _____

31) Indica/encaminha contatos de hanseníase para realização de vacina BCG?

- 1-Não
2-Sim

32) Realiza visita domiciliar para busca ativa de contatos de hanseníase?

- 1-Não
2-Sim
9-Ignorado

33) Realiza acolhimento para contatos de hanseníase na UBS?

- 1-Não
2-Sim

34) Realiza na rotina diagnóstico/suspeita de casos de hanseníase?

- 1-Não
2-Sim

35) Realiza na rotina acompanhamento de casos de hanseníase?

- 1-Não
2-Sim

36) Preenche a ficha de notificação/ investigação de hanseníase do SINAN?

- 1-Não
2-Sim

37) Preenche o Boletim de Acompanhamento de hanseníase do SINAN?

- 1-Não
2-Sim

38) Faz abordagem de contatos de casos hanseníase na rotina da ESF?

- 1-Não
2-Sim

39) Realiza atendimento para pessoas com hanseníase que desenvolvem eventos reacionais?

- 1-Não
2-Sim

40) Realiza ações educativas em hanseníase na unidade de saúde?

- 1-Não
2-Sim

41) Realiza ações educativas em hanseníase no território?

- 1-Não
2-Sim

42) Utiliza material informativo/educativo sobre hanseníase nas ações programáticas na unidade de saúde?

1. Não
2-Sim

43) Realiza coleta de amostra de raspado dérmico para baciloscopia?

- 1-Não
2-Sim

44) Realiza teste Mitsuda?

- 1-Não
2-Sim

45) Realiza teste de histamina / pilocarpina?

- 1-Não
2-Sim

46) Realiza o teste de amido-iodo?

- 1-Não
2-Sim

47) Já preencheu ficha para avaliação neurológica simplificada?

- 1-Não
- 2-Sim

48) Já preencheu formulário para avaliação do grau de incapacidade na UBS?

- 1-Não
- 2-Sim

49) Já realizou o protocolo complementar de investigação diagnóstica de casos de hanseníase em menores de 15 anos – PCID < 15 anos?

- 1-Não
- 2-Sim

50) Já preencheu ficha específica para registro e seguimento de contatos familiares?

- 1-Não
- 2-Sim

9-Não lembra

51) Já preencheu instrumentos padronizados localmente para avaliação neurológica?

- 1-Não
- 2-Sim

52) Já preencheu livro de registro para acompanhamento de casos?

- 1-Não
- Sim

53) Já preencheu fichas de notificação/ investigação de casos novos de hanseníase?

- 1-Não
- 2-Sim

54) Já preencheu fichas de notificação/ investigação de episódios reacionais?

- 1-Não
- 2-Sim

55) Utiliza protocolo para abordagem inicial de contatos domiciliares?

- 1-Não
- 2-Sim

56) Utiliza protocolo para seguimento de contatos domiciliares?

- 1-Não
- 2-Sim

57) Utiliza fichas/formulários para referência e contrarreferência de casos na rede de atenção?

- 1-Não
- 2-Sim

58) Já desenvolveu atividades de matriciamento com NASF, específicas para hanseníase, com vistas à abordagem casos / famílias comunidades?

- 1-Não tem acesso a NASF
- 2-Não
- 3-Sim

59) Desenvolve/participa de grupos envolvendo pessoas atingidas pela hanseníase na unidade de saúde?

- 1-Não
- 2-Sim

60) Como você classificaria a hanseníase como problema de saúde pública em seu território de atuação?

- 1-Não existe hanseníase no meu território
- 2-Totalmente sob controle
- 3-Parcialmente sob controle
- 4-Pouco sob controle
- 5-Fora do controle
- 9-Ignorado

ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAÚÍ - UFPI



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INTEGRANS PIAUÍ: abordagem integrada de aspectos clínicos, epidemiológicos (espaço-temporais), operacionais, e psicossociais da hanseníase em municípios piauienses de alta endemicidade

Pesquisador: TELMA MARIA EVANGELISTA DE ARAÚJO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 46169715.2.0000.5214

Instituição Proponente: Universidade Federal do Piauí - UFPI

Patrocinador Principal: PIAUI SECRETARIA DE SAUDE
MUNICIPIO DE PICOS - SECRETARIA DE SAUDE
NEDERLANDSE STICHTING VOOR LEPRABESTRIJDING
FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.115.818

Data da Relatoria: 17/07/2015

Apresentação do Projeto:

O protocolo de pesquisa é um Projeto de Pesquisa Operacional do Programa de Pós graduação em Enfermagem – Mestrado e doutorado, da Universidade Federal do (PPGEnf/UFPI), o qual está sendo desenvolvido nos municípios de Teresina, Floriano e Picos, com apoio financeiro da Nederlandse Stichting Voor Leprabestrijding (NHR Brasil), Secretaria de Estado da Saúde do Piauí, UFPI (Floriano e Picos) e parceria (técnico/científica) com a Universidade Federal do Ceará, Universidade Estadual do Piauí, Faculdade de Ensino Superior de Floriano, Estratégia Saúde da Família de Floriano e Picos. O objetivo é avaliar os aspectos operacionais, epidemiológicos (espaço-temporais), clínicos e psicossociais que influenciam a atenção à saúde para o controle da hanseníase em municípios de alta endemicidade para doença do estado do Piauí, relativo ao período de 2001 a 2014. Realizar-se coleta de dados no período de agosto/2015 a março/2016 por meio de levantamento dos casos referência de hanseníase e dos seus contatos na base de dados do SINAN; inquérito epidemiológico e exame clínico da população do estudo. Participarão da pesquisa 5.000 casos de hanseníase, 3.000 contatos e 6.000 coabitantes além de 150 profissionais e 02 gestores municipais de saúde.

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



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAÚÍ - UFPI



Continuação do Parecer: 1.115.818

Objetivo da Pesquisa:

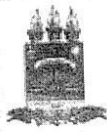
Objetivo Primário:

Avaliar os aspectos operacionais, epidemiológicos (espaço-temporais), clínicos e psicossociais que influenciam a atenção à saúde para o controle da hanseníase em municípios de alta endemicidade para hanseníase do estado do Piauí no período de 2001 a 2014.

Objetivo Secundário:

Caracterizar os padrões e tendências de aglomerados espaço-temporais dos casos de hanseníase diagnosticados; Identificar os fatores de risco (operacionais: rede de atenção, clínicos, epidemiológicos, sociais, econômicos, demográficos, ambientais) associados aos padrões de: entrada/detecção de casos, desempenho de avaliação de contatos, ocorrência de incapacidades físicas dos casos de hanseníase; Verificar o desempenho das equipes da ESF em relação à vigilância de contatos de hanseníase e os determinantes de baixa cobertura da avaliação de contatos; Caracterizar os aspectos clínicos (perfil clínico geral, comprometimento neural, episódios reacionais, limitação de atividade e consciência de risco) de casos com hanseníase; Avaliar a estrutura e atributos essenciais da atenção primária nos municípios do estudo (padrões de acesso, utilização e integralidade) relacionados à rede de atenção à saúde dos casos com hanseníase; Analisar o estigma associado e a restrição à participação social nos casos de hanseníase e o seu impacto nos diferentes contextos socioculturais; Avaliar a qualidade de vida dos casos de hanseníase do estudo; Fornecer estratégias efetivas aos programas municipais, estaduais e nacional de controle da hanseníase, visando o aperfeiçoamento do desempenho das ações de atenção à saúde de casos novos e em pós-alta da PQT. Caracterizar os padrões e tendências de aglomerados espaço-temporais dos casos de hanseníase diagnosticados; Identificar os fatores de risco (operacionais: rede de atenção, clínicos, epidemiológicos, sociais, econômicos, demográficos, ambientais) associados aos padrões de: entrada/detecção de casos, desempenho de avaliação de contatos, ocorrência de incapacidades físicas dos casos de hanseníase; Verificar o desempenho das equipes da ESF em relação à vigilância de contatos de hanseníase e os determinantes de baixa cobertura da avaliação de contatos; Caracterizar os aspectos clínicos (perfil clínico geral, comprometimento neural, episódios reacionais, limitação de atividade e consciência de risco) de casos com hanseníase; Avaliar a estrutura e os padrões de acesso à rede de atenção à saúde dos casos com hanseníase; Analisar o estigma associado e a restrição à participação social nos casos de hanseníase e o seu impacto nos diferentes contextos socioculturais; Avaliar a qualidade de vida

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



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAUI - UFPI



Continuação do Parecer: 1.115.818

dos casos de hanseníase do estado; Fornecer estratégias efetivas aos programas municipais, estaduais e nacional de controle da hanseníase, visando o aperfeiçoamento do desempenho das ações de atenção à saúde de casos novos e em pós-alta da PQT.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Este estudo apresenta risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler etc. E também que não haverá coleta de sangue, fezes, urina, pele ou qualquer material biológico por meio de procedimentos invasivos que gerem riscos diretos ao participante. Contudo poderia haver algum risco mínimo relacionado à exposição de informações contidas em banco de dados ou obtidas por meio de inquérito. Todavia, todos envolvidos na pesquisa (coleta de dados e demais etapas) estarão preparados para respeitar os princípios éticos de pesquisa (coleta de dados e demais etapas) a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem, a não estigmatização e a não utilização de informações em prejuízo dos participantes.

Benefícios:

Os benefícios serão tanto no sentido de se descobrir precocemente casos novos entre os contatos e coabitantes dos casos, encaminhando-os para o tratamento imediato, com vistas a evitar instalação de incapacidades, formas multiresistentes e disseminação da doença, quanto no sentido de empoderar os profissionais da atenção básica e docentes para o manejo da hanseníase.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A hanseníase configura-se como uma bacteriose crônica que remete a antes de Cristo. É causada pelo *Mycobacterium leprae*, também chamado de bacilo de Hansen, por indivíduos bacilíferos, podendo ocasionar lesões na pele, cavidade nasal, e nervos periféricos, deformidades, dor, disfunção e até óbito. Trata-se de um sério problema de saúde pública que ainda persiste entre os países em desenvolvimento, inclusive no Brasil. Fatores como baixo nível socioeconômico e cultural, serviços de saúde deficitários, diagnóstico tardio e busca insuficiente da fontes de infecção, sustentam a endemia em nosso país. Piauí, área endêmica, apresentou em 2010 um Coeficiente de Prevalência de 3,5/10.000 habitantes e um Coeficiente de Detecção Geral de 46,5/100.000 habitantes, indicadores maiores que os observados em âmbito nacional (BRASIL, 2011a). Alguns municípios piauienses são considerados hiperendêmicos, tais como Teresina, Floriano e União. A região de Picos, também possui um nível de endemicidade alta. Desse modo, é relevante a identificação dos casos novos de hanseníase entre os contatos intra domiciliares e coabitantes.

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



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAUI - UFPI



Continuação do Parecer: 1.115.818

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória estão anexados ao protocolo.

Recomendações:

Sem recomendação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O protocolo de pesquisa está aprovado, porque encontra-se elaborado segundo a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP-UFPI/CMPP está aguardando os relatórios parciais e final da pesquisa.

TERESINA, 19 de junho de 2015

Assinado por:

Adrianna de Alencar Setubal Santos
(Coordenador)

Profª Adrianna de Alencar Setubal Santos
Coordenadora CEP-UFPI
Portaria Propeq N° 16/2014

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