



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Cláudia Farias Brito Gusmão

Avaliação das Ações Dispensadas no Atendimento aos Pacientes Acometidas por Hanseníase na Atenção Primária em Saúde no Município de Vitória da Conquista, BA

Vitória da Conquista
2016

Cláudia Farias Brito Gusmão

Avaliação das Ações Dispensadas no Atendimento aos Pacientes Acometidas por Hanseníase na Atenção Primária em Saúde no Município de Vitória da Conquista, BA

Dissertação apresentada no Mestrado Profissional em Direito e Saúde do Programa de Saúde Pública, na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, na área de Políticas Públicas e Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Maria de Fátima Ramos Moreira

Vitória da Conquista
2016

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

G982a Gusmão, Cláudia Farias Brito.
Avaliação das ações dispensadas no atendimento aos pacientes acometidas por hanseníase na atenção primária em saúde no município de Vitória da Conquista, BA / Cláudia Farias Brito Gusmão. -- 2016.
82 f. : il. color.; mapas; tab.

Orientadora: Maria de Fátima Ramos Moreira.
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Vitória da Conquista-BA, 2016.

1. Hanseníase. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Direito à Saúde. 4. Saúde Pública. 5. Sistema Único de Saúde. I. Título.

CDD – 22.ed. – 616.998098142

Cláudia Farias Brito Gusmão

Avaliação das Ações Dispensadas no Atendimento aos Pacientes Acometidas por Hanseníase na Atenção Primária em Saúde no Município de Vitória da Conquista, BA

Dissertação apresentada no Mestrado Profissional em Direito e Saúde do Programa de Saúde Pública, na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, na área de Políticas Públicas e Saúde.

Aprovada em: ____/____/2016

BANCA EXAMINADORA

Dra., Maria de Fátima Ramos Moreira (ENSP/FIOCRUZ)
Orientadora

Dr. Aldo Pacheco Ferreira (ENSP / FIOCRUZ)
Membro Interno

Dr. Marcio Vasconcelos Oliveira (UFBA)

Vitória da Conquista
2016

RESUMO

Introdução: A hanseníase mantém-se como um processo infeccioso crônico, de importante magnitude em diversas regiões do mundo, principalmente no Brasil, apesar dos avanços alcançados. Ainda assim, há grande dificuldade em suas bases de controle, devido ao seu caráter de doença negligenciada. **Objetivo geral:** Avaliar as ações dispensadas no atendimento aos pacientes acometidos por hanseníase na Atenção Primária em Saúde para suspeição, identificação, diagnóstico, tratamento e acompanhamento no município de Vitória da Conquista, BA, para a garantia do direito à saúde. **Métodos:** Este estudo foi um recorte de uma pesquisa maior (INTEGRAHANS) realizada em todo o território do referido município, zona urbana e zona rural. Trata-se de uma pesquisa quantitativa descritiva que utilizou como instrumento para a coleta de dados a aplicação de um questionário para cada grupo de participantes: profissionais de saúde da Atenção Primária em Saúde e agentes Comunitários de Saúde. Responderam ao questionário de 232 profissionais de saúde e de 405 agentes comunitários. Após a coleta de dados, foram feitas as análises estatísticas utilizando o programa Epi Info. **Resultados:** Constatou-se que a maior parte dos profissionais não fez atendimento a pessoas com hanseníase no último mês, não realizou abordagem para pessoas com esse agravo e não fez preenchimento de ficha para avaliação dermatoneurológica. Dos 405 Agentes Comunitários de Saúde que respondeu ao questionário, observou-se que a maior parte destes não realizou abordagem a pessoas com hanseníase, no último mês, como não fez acompanhamento de casos em episódios reacionais e não realizou atividades em grupo para pessoas com hanseníase. **Conclusões:** Após os resultados, foram observadas lacunas, no atendimento para pacientes acometidos por hanseníase, que caracterizam que a Atenção Primária em Saúde do município de Vitória da Conquista necessita de melhor integração das ações de controle para esse agravo na Atenção Primária em Saúde. Ao analisar os resultados pôde-se perceber que a maior parte dos profissionais ainda não tem a hanseníase como parte da rotina de trabalho, na unidade. A abordagem para pessoas com hanseníase continua sendo um desafio muito grande para o SUS, em Vitória da Conquista. **Considerações:** Sugere-se que o município capacite tanto os profissionais de saúde como os agentes comunitários para que os mesmos possam realizar o atendimento dos pacientes acometidos por hanseníase em nível primário, como preconiza o Ministério da Saúde, a fim de contribuir para a redução da prevalência desse agravo neste município.

Palavras-chave: Hanseníase. Atenção Primária à Saúde. Direito. Saúde. Saúde Pública.

ABSTRACT

Introduction: Leprosy remains a chronic infectious process of significant magnitude in several regions of the world, especially in Brazil, despite the advances made. Even so, there is great difficulty in their control bases, due to their neglected disease character. **Objective:** To evaluate the actions taken in the care of patients affected by leprosy in Primary Health Care for suspicion, identification, diagnosis, treatment and follow-up in the city of Vitória da Conquista, Bahia, to guarantee the right to. **Methods:** This study was a survey of a larger survey (INTEGRAHANS) conducted throughout the territory of the referred municipality, urban area and rural area. It is a quantitative descriptive research that used as instrument for data collection the application of a questionnaire for each group of participants: Health professionals of Primary Health Care and Community Health Agents. They answered the questionnaire of 232 health professionals and 405 community agents. After the data collection, the statistical analyzes were done using the Epi Info program. **Results:** It was found that most of the professionals did not attend to people with leprosy in the last month, did not approach people with this disease and did not fill out the form for dermatoneurological evaluation. Of the 405 Community Health Agents that responded to the questionnaire, it was observed that most of them did not approach people with leprosy in the last month, as did not follow up cases in reactional episodes and did not carry out group activities for people with leprosy. **Conclusions:** Following the results, gaps were observed in the care of patients affected by leprosy, which characterize that Primary Health Care in the city of Vitória da Conquista needs better integration of control actions for this aggravation in Primary Health Care. When analyzing the results, it was possible to notice that most professionals do not yet have leprosy as part of the routine of work, in the unit. The approach for people with leprosy remains a very big challenge for SUS, in Vitória da Conquista. **Considerations:** It is suggested that the municipality train both health professionals and community agents so that they can perform the care of patients affected by leprosy at the primary level, as advocated by the Ministry of Health, in order to contribute to the reduction of Prevalence of this disease in this municipality.

Keywords: Leprosy. Primary Health Care. Right. Health. Public Health

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Série - coeficiente de detecção geral.....	25
Tabela 2. Frequência por ano da notificação segundo modo de entrada	26
Tabela 3. Formação profissional e perfil dos profissionais que atuam nas Unidades de Saúde. Vitória da Conquista/BA, 2015.....	38
Tabela 4. Condições da Unidade e Serviços de Apoio ao tratamento da hanseníase. Vitória da Conquista/ BA, 2015.	39
Tabela 5. Contextos de hanseníase no território e ação em relação à patologia. Vitória da Conquista/BA, 2015.	41
Tabela 6. Ações de acompanhamento dos profissionais frente ao caso de hanseníase em relação a utilização de fichas e avaliação de contatos. Vitória da Conquista/BA, 2015.	42
Tabela 7. Utilização de materiais necessários para avaliação e ações educativas em hanseníase. Vitória da Conquista/BA, 2015.	44
Tabela 8. Desenvolvimento das ações de controle e prevenção da hanseníase pelos profissionais da APS. Vitória da Conquista/BA, 2015.....	45
Tabela 9. Acesso a materiais utilizados para avaliação em hanseníase nas unidades de saúde da APS. Vitória da Conquista/BA, 2015.	47
Tabela 10. Atendimento para episódios reacionais e disponibilidade de medicamentos na unidade de saúde. Vitória da Conquista/BA, 2015.	48
Tabela 11. Percepção do preconceito pelos profissionais a respeito da Hanseníase. Vitória da Conquista/BA, 2015.	49
Tabela 12. Perfil dos agentes comunitários de saúde e sua formação profissional. Vitória da Conquista/BA, 2015.....	51
Tabela 13. Distribuição dos ACS segundo condições da unidade, serviços de apoio e atendimentos para Hanseníase na APS. Vitória da Conquista/BA, 2015.....	53
Tabela 14. Distribuição dos ACS segundo a capacitação em hanseníase, cursos de aperfeiçoamento e acompanhamento de casos. Vitória da Conquista/BA, 2015.	54
Tabela 15. Distribuição dos ACS segundo as ações desenvolvidas para a Hanseníase, Vitória da Conquista/BA, 2015.	55

Tabela 16. Realização de atividades educativas e a utilização de materiais educativos para a Hanseníase, Vitória da Conquista/BA, 2015.	57
Tabela 17. Acesso e utilização de materiais sobre a hanseníase na APS, Vitória da Conquista/BA, 2016.	58
Tabela 18. Disponibilidade de medicamentos na APS, vitória da Conquista/BA, 2015.....	59
Tabela 19. Percepção dos profissionais frente à Hanseníase, Vitória da Conquista/BA, 2015.	60

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURA

ACD	Auxiliar de Consultório Dentário
ACH	Ações de Controle da Hanseníase
ACS	Agentes Comunitários em Saúde
AIDS	<i>Acquired Immune Deficiency Syndrome</i> (Síndrome da Imunodeficiência)
AP	Atenção Primária
APS	Atenção Primária à Saúde
art.	Artigo
BA	Bahia
BCG	Bacillus Calmette-Guérin
B-HAN	Ficha B da hanseníase
CBO	Código Brasileiro de Ocupações
CEP	Comitê de Ética de Pesquisa
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
Decit	Departamento de Ciência e Tecnologia
DTN	Doenças Tropicais Negligenciadas
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz do Rio de Janeiro
GM	Gabinete do Ministro
H	Hora
Hab	Habitantes
HIV	Human Immuno deficiency Virus (Vírus da Imunodeficiência Humana)
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MB	Multibacilares
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PB	Paucibacilares

PCH	Programa de Controle da Hanseníase
PNCH	Programa Nacional de Controle da Hanseníase
PQT	Poliquimioterapia
PSF	Programa de Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
STATA	Statistical Software
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
THD	Técnico em Higiene Dental
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UESB	Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UFC	Universidade Federal do Ceará
USA	Estados Unidos da América
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	JUSTIFICATIVA	14
1.2	OBJETIVOS	15
1.2.1	Objetivo geral.....	15
1.2.2	Objetivos específicos.....	15
2	REFERENCIAL TEÓRICO	16
2.1	DIREITO À SAÚDE	16
2.2	SUS: A EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL.....	17
2.3	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	18
2.4	DOENÇAS NEGLIGENCIADAS	21
2.5	A HANSENÍASE	22
2.6	EPIDEMIOLOGIA DA HANSENÍASE.....	23
2.7	POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A HANSENÍASE.....	26
2.8	INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO À HANSENÍASE.....	28
3	MÉTODOS	34
3.1	DESENHO DO ESTUDO	34
3.2	CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO.....	34
3.3	SUJEITOS DE ESTUDO E AMOSTRA	34
3.4	COLETA DE DADOS	35
3.5	ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	35
3.6	ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS.....	36
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	37
4.1	PROFISSIONAIS DE SAÚDE (MÉDICOS, ENFERMEIROS, AUXILIARES E TÉCNICOS DE ENFERMAGEM, ODONTÓLOGO E AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL) - ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	37
4.2	AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE - ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	50
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
	REFERÊNCIAS	63
	APÊNDICES	68
	APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	69

ANEXO B - Modelo de questionário para avaliação do o perfil profissional dos ACS.....	72
ANEXO C - Modelo de questionário para avaliação do perfil dos profissionais de saúde.....	77

1 INTRODUÇÃO

Após a Constituição Federal do Brasil de 1988, diversas leis infraconstitucionais foram promulgadas para viabilizar a saúde como um direito social. Pela a Lei Orgânica da Saúde, a Lei 8.080/90 foi definido o papel do Estado enquanto responsável, às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, estabelecendo diretrizes para seu funcionamento e detalhando as competências de cada esfera do governo (PRETEL, 2010).

Mesmo após a garantia do direito a saúde afirmado na Constituição Federal do Brasil de 1988 muitas doenças, ainda nos dias atuais, são consideradas negligenciadas, pois representam um conjunto de doenças infecciosas que afeta, em maior prevalência, países com populações mais empobrecidas e vulneráveis. Conhecidas como doenças tropicais negligenciadas, elas contribuem para a continuidade dos ciclos de pobreza, desigualdade e exclusão social, estimuladas principalmente pelo seu impacto na saúde infantil, pela diminuição da produtividade da população trabalhadora e pelo estigma social gerado (BRASIL, 2012).

Dentre as doenças negligenciadas, encontra-se a hanseníase, doença que se mantém como um processo infeccioso crônico de importante magnitude em diversas regiões do mundo, sendo vários endêmicos (BARBOSA, 2009).

Em todo o mundo, no ano de 2010, foram diagnosticados 228.474 casos novos de hanseníase. Neste mesmo ano, o Brasil contribuiu com 15,3 % (34.894) desses casos, sendo o país com maior número de casos no continente Americano (92,7 % do total de casos) (AMARAL; LANA, 2008).

As regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste juntas são responsáveis por aproximadamente 62 % dos casos no Brasil, sendo que o coeficiente geral de detecção no país em 2010 foi de 18,2 por 100 mil habitantes. Dos 34.894 casos novos, 7,1 % ocorreram em menores de 15 anos, representando um coeficiente de detecção dessa faixa etária de 5,4 por 100 mil habitantes. Isso significa que ainda existem fontes ativas da doença que continuam contaminando outras pessoas, favorecendo assim, a continuidade de transmissibilidade desse agravo. Pode-se dizer que são infecções que precisam, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), ser prioridade na atenção para o monitoramento da doença (BRASIL, 2012).

Os dados oficiais do Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH), da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, para o ano de 2011 foi um total de 33.955 casos novos no país. A maior parte se concentrou nas regiões Nordeste (6.865 casos) e Norte (13.953 casos), aproximadamente mais de 60 % dos casos. Foram 2.420 casos em

menores de 15 anos no país, sendo 670 casos na região Norte e 1.166 casos na região Nordeste (BRASIL, 2012).

Atualmente, em Vitória da Conquista, o diagnóstico, tratamento e acompanhamento do pós-alta aos pacientes acometidos pela hanseníase do município é realizado no Serviço Municipal de Tisiologia e Dermatologia Sanitária, atendendo toda a demanda deste.

Considerando-se a prevalência da hanseníase pode-se afirmar que a hanseníase representa uma endemia com elevados coeficientes de detecção. Ressalta-se, entretanto, a ausência de informações sistematizadas sobre a qualidade dos serviços oferecidos pela atenção primária aos pacientes acometidos por essa doença neste município, o que torna relevante seu estudo.

1.1 JUSTIFICATIVA

Sabe-se que é grande a vulnerabilidade do paciente com hanseníase às incapacidades físicas e ao preconceito, e, grande também é a falta de informação da população em geral sobre a forma de contágio dessa doença, levando o paciente ao medo da exclusão social e, conseqüentemente ao seu isolamento da comunidade e muitas vezes da própria família.

Garantir ao paciente o acesso ao seu tratamento de forma adequada para que sua saúde seja reestabelecida de forma integral e da melhor forma possível e que, a cadeia de transmissão da hanseníase seja interrompida, para que pessoas com maiores chances de infecção, que são os comunicantes, tenham condições adequadas de diagnóstico e tratamento, é um dos desafios enfrentados pelas políticas públicas de saúde.

O município de Vitória da Conquista, BA encontra-se dentro do quadro de municípios endêmicos do Brasil. Apesar de o número de casos diagnosticados não serem tão expressivos, o maior número de casos diagnosticados é Multibacilar (MB), ou seja, com maior quantidade de bacilos e que são a fonte transmissora desta patologia.

Neste sentido, há necessidade de avaliar como são dispensados os serviços da APS em relação as ações de controle da hanseníase, afim de conhecer se os mesmos estão sendo ofertados como preconiza a Norma Operacional Básica (NOB), 96, em que o Programa de Controle da Hanseníase (PCH) é de responsabilidades dos municípios, e como orienta o Ministério da Saúde sobre a responsabilidade da implantação do Programa de Controle da Hanseníase na Atenção Primária.

Destaca-se aqui que, a partir da inserção contextual desta pesquisa, poder-se-á conhecer a realidade que circunscreve a problemática em questão.

É, portanto, necessário conhecer os profissionais de saúde e Agentes Comunitários de Saúde da rede de Atenção Primária em Saúde e suas capacitações em relação à hanseníase, pois são estes profissionais que farão o primeiro contato com os mesmos. Somente diante da organização da rede de atenção à saúde, seja de profissionais como da própria organização dos serviços é que as ações de controle da hanseníase poderão realmente ser integrais e efetivas.

Neste sentido, a proposta deste trabalho é avaliar a qualidade das ações dispensadas pela Atenção Primária à Saúde aos pacientes acometidos por hanseníase no município de Vitória da Conquista, BA. Além de possibilitar a definição de estratégias que promovam a melhoria do acesso ao diagnóstico precoce, tratamento e acompanhamento durante e pós alta, para a garantia da qualidade da atenção à saúde, em especial à hanseníase.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo geral

Avaliar as ações dispensadas no atendimento aos pacientes acometidos por hanseníase na Atenção Primária em Saúde na suspeição, identificação, diagnóstico, tratamento e acompanhamento no município de Vitória da Conquista, BA.

1.2.2Objetivos específicos

- Caracterizar a formação profissional dos agentes comunitários de saúde (ACS) e dos profissionais de saúde da APS sobre suas capacitações em abordagem para hanseníase;
- Descrever o contexto das ações e cuidados desenvolvidos pelos ACS e profissionais de saúde a pessoas acometidas por hanseníase.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 DIREITO À SAÚDE

A definição de saúde, segundo a Organização Mundial da Saúde, não se limita apenas à ausência de doença, mas a “um estado de completo bem-estar físico, mental e social” (WHO, 1946, p. 1). Essa concepção está intimamente relacionada à dignidade da pessoa humana e insere o direito à saúde como um direito social.

Segundo Ordacgy (2007, p. 1):

A Saúde encontra-se entre os bens intangíveis mais preciosos do ser humano, digna de receber a tutela protetiva estatal, porque se consubstancia em característica indissociável do direito à vida. Dessa forma, a atenção à Saúde constitui um direito de todo cidadão e um dever do Estado, devendo estar plenamente integrada às políticas públicas governamentais.

Apesar da compreensão do direito à saúde como um direito social, o *status* constitucional no Brasil foi alcançado somente com a Constituição Federal de 1988, quando a saúde é positivada como “um direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988, p. 33).

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p. 33, grifos nossos).

A Constituição Federal de 1988 instituiu que as ações e serviços de saúde integrassem um Sistema Único de Saúde (SUS), de competência comum da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

[...] I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
 II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
 III - participação da comunidade (BRASIL, 1988, Art. 198, p. 33-34).

O artigo 196, conforme pondera Pretel (2010, p.1), “contém uma norma de natureza programática, demandando complementação legislativa ordinária”. Neste contexto, leis infraconstitucionais foram promulgadas para viabilizar o direito à saúde no Brasil. Em 1990, o SUS foi regulamentado pela Lei 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde), que reafirmou e definiu o papel do Estado enquanto responsável, às ações de promoção, proteção e recuperação da

saúde, estabelecendo diretrizes para seu funcionamento e detalhando as competências de cada esfera do governo.

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1990, p. 1).

2.2 SUS: A EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL

Dentre as garantias fundamentais abordadas na Constituição, destacam-se as que se referem à estruturação do sistema de saúde brasileiro e à definição de um conjunto de princípios e diretrizes que precisam ser observados pelos governantes e pela sociedade brasileira para a proteção da saúde individual e coletiva. No que se refere ao dever do Estado, a Constituição Federal de 1988 prevê que o mesmo tem o dever de organizar um SUS capaz de oferecer opções e serviços públicos universais, igualitários, regionalizados, hierarquizados e integrais (BRASIL, 1988).

O artigo 198, da Constituição Federal de 1988, dispõe que “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único [...]” (BRASIL, 1988, p.33). O SUS representa, então, o núcleo estruturante de todas as ações e serviços de saúde pública, sendo que, por meio de suas diretrizes, orienta todas as políticas sanitárias elaboradas e executadas pelo Estado, direta ou indiretamente (DALLARI; NUNES JUNIOR, 2010).

Os princípios doutrinários do SUS, a universalidade, a integralidade e a equidade, e os princípios organizacionais, a descentralização, a participação popular, a regionalização e a hierarquização da rede, orientam as ações e serviços públicos ou privados, contratados ou conveniados que integram esse sistema (BRASIL, 1990).

Segundo o princípio da universalidade (art. 196), a saúde é um direito de todos os cidadãos e é um dever do poder público o fornecimento dos serviços e das ações para a sua garantia (BRASIL, 2000a). A integralidade (art.198) confere ao Estado o dever de levar em consideração as necessidades específicas de pessoas ou grupos de pessoas, mesmo que sejam minoritários. O princípio da equidade (art. 196) reafirma a necessidade de se reduzir as desigualdades sociais e regionais brasileiras, também por meio das ações e dos serviços de

saúde (BRASIL, 2000a).

O princípio da descentralização (art. 198) estabelece uma cooperação financeira das três esferas de governo e com entidades públicas e privadas, redistribuindo as responsabilidades e otimizando a utilização dos recursos (BRASIL, 2000a).

A participação e o controle social (art. 198) impulsionam a sociedade a participar das decisões tomadas no SUS através da formação e do funcionamento dos conselhos de saúde, com representação paritária de usuários, governo, profissionais de saúde e prestadores de serviço. Outra forma de participação são as conferências de saúde, periódicas, para definir prioridades e linhas de ação sobre a saúde (BRASIL, 2000a).

A regionalização e a hierarquização da rede, ações e serviços de saúde (art. 198) estão relacionados às atribuições dos gestores municipais e estaduais em busca da garantia da eficiência, eficácia e efetividade do SUS, objetivando a racionalização do sistema e do emprego de recursos (BRASIL, 2000a).

A hierarquização das ações e serviços de saúde é realizada em níveis de complexidade crescente (BRASIL, 1990), com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde. Segundo Eugênio Vilaça Mendes (2011, p. 78):

Os níveis de atenção à saúde estruturam-se por arranjos produtivos conformados segundo as densidades tecnológicas singulares, variando do nível de menor densidade, a APS '(Atenção Primária à Saúde)', ao de densidade tecnológica intermediária, a atenção secundária à saúde, até o de maior densidade tecnológica, a atenção terciária à saúde.

No nível primário são realizadas todas as ações que envolvem a baixa complexidade e é considerado o espaço onde geralmente acontece “o primeiro contato dos pacientes com o sistema e onde existe capacidade para a resolução de grande parte dos problemas de saúde por eles apresentados” (LAVRAS, 2011, p.868). O nível secundário necessita de profissionais especializados e do uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico para a prática clínica. O nível terciário é aquele constituído por serviços ambulatoriais e hospitalares especializados, geralmente de alta complexidade e alto custo.

2.3 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Segundo Bárbara Starfield (2012, p. 28):

A atenção primária é aquele nível de um sistema de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece

atenção sobre a pessoa (não direciona para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns, ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros.

No Brasil, diversas foram as estratégias com a finalidade de melhorar o acesso à APS e sua qualidade em todo o país. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que teve início em 1991, foi o precursor de importantes programas de saúde, dentre eles o Programa Saúde da Família (PSF). A criação do PSF é um marco na incorporação da atenção primária na política de saúde brasileira. Seu caráter estruturante dos sistemas municipais de saúde tem provocado um importante movimento, com o intuito de reordenar o modelo de atenção primária no SUS (ALFRADIQUE *et al.*, 2009).

O PSF surgiu em 1994, foi criado para atender áreas de maior risco, e, atualmente, é considerado um dos mais importantes temas na agenda do governo. Tornou-se para o Ministério da Saúde, desde 1999, uma estratégia que sustenta os sistemas municipais, criando uma nova dinâmica nos seus serviços e ações de saúde.

Os Cadernos de Atenção Básica referem que a Unidade de Saúde da Família (USF):

[...] não pode ser apenas um local de triagem e encaminhamento, onde a maior parte dos casos é encaminhada para os serviços especializados. Ela tem que ser resolutiva, com profissionais capazes de assistir aos problemas de saúde mais comuns de manejar, novos saberes que, por meio de processos educativos, promovam a saúde e previnam doença em geral (BRASIL, 2000a, p.13).

A portaria 648/2006 define para a APS que o PSF seja prioritário para sua organização de acordo com os preceitos do SUS (BRASIL, 2000a). Atualmente, o PSF é definido como Estratégia de Saúde da Família (ESF) ao invés de programa, visto que o termo programa aponta para uma atividade com início, desenvolvimento e finalização (ESCOREL *et al.*, 2007).

A Política Nacional de Atenção Básica, através de acordo entre gestores das três esferas do governo (Comissão Intergestores Tripartite) ampliou o propósito da atenção primária e ratificou a ESF como estratégia prioritária e modelo substitutivo da organização da atenção primária (GIOVANELLA *et al.*, 2009). Atualmente, no Brasil, aproximadamente 95,5 % dos municípios têm cobertura da ESF (BRASIL, 2015).

Porém, ainda existem diversos municípios com Unidades Básicas de Saúde (UBS), sem cobertura de ESF, na qual a equipe de saúde é composta pelo médico, enfermeiro e agentes comunitários de saúde (ACS). Existem também, unidades com o modelo mais antigo,

o PACS, composto pelo enfermeiro e ACS (GIOVANELLA *et al.*, 2009).

No Brasil, as obrigações da APS foram ampliadas desde a criação da Norma Operacional de Assistência à Saúde 01/2002 (NOAS-SUS 01/02), que resultou de um contínuo pacto entre os três níveis de gestão, visando o aprimoramento do SUS. Por meio da NOAS-SUS 01/02, foram desencadeadas diversas atividades de planejamento e adequação dos seus modelos assistenciais e de gestão (BRASIL, 2002a).

Pela NOAS-SUS 01/02, ficou estabelecido que o controle da tuberculose, a **eliminação da hanseníase**, o controle da hipertensão, controle da *Diabetes mellitus*, ações de saúde bucal, da criança e da mulher são de responsabilidade da Atenção Primária (BRASIL, 2002a).

O Ministério da Saúde criou através da portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), com o objetivo de:

Art. 1º [...] ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica (BRASIL, 2008d, p. 2).

O NASF, constituído por uma equipe multiprofissional, foi classificado nas modalidades NASF1 e NASF 2. O NASF1 está direcionado a municípios que possuam pelo menos 8 equipes de Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica e pode ser composto por profissionais do Código Brasileiro de Ocupações (CBO): Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; e Terapeuta Ocupacional. O NASF2 é direcionado para municípios que possuam entre 3 e no máximo 7 equipes de saúde da Família e/ou equipe da Atenção Básica, podendo ser composto por equipe multidisciplinar de acordo com o CBO: Assistente Social, Profissional da Educação Física, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Nutricionista, Psicólogo e Terapeuta Ocupacional (BRASIL, 2008d).

Em 20 de setembro de 2010, o Ministério da Saúde criou a modalidade NASF3 através da portaria nº 2.843. O NASF3 está direcionado a municípios com pelo menos 1 e no máximo 3 equipes de Saúde da Família e/ou equipes da Atenção Básica, para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais), agregando-se de modo específico ao processo de trabalho das mesmas, configurando-se como uma equipe ampliada (BRASIL, 2010a).

2.4 DOENÇAS NEGLIGENCIADAS

As doenças negligenciadas, conhecidas também por Doenças Tropicais Negligenciadas (DTN), fazem parte de um grupo de doenças infecciosas que afetam predominantemente as populações mais pobres e vulneráveis, contribuindo para a continuidade dos ciclos de pobreza, desigualdade e exclusão social, na redução da produtividade da população trabalhadora e na promoção do estigma social (WERNECK; HASSELMANN; GOUVÊA, 2011).

Algumas doenças foram incluídas no conceito de doenças negligenciadas como a doença de Chagas, a doença do sono, a leishmanioses, a malária, a filarioses e a esquistossomose. Posteriormente, outras doenças entraram nessa relação como: hanseníase, tuberculose, dengue, febre amarela e HIV/AIDS. Em relação ao nível de financiamento internacional para pesquisa, HIV/AIDS, tuberculose e malária pode-se dizer que têm recebido investimentos significativos, não podendo ser mais consideradas como doenças negligenciadas se forem levados em consideração apenas o nível de financiamento (SOUZA, 2010).

Sobre esse aspecto, Marcos Viamond (2011, p. 1) diz “se a tuberculose e HIV/AIDS gozam de certa atenção diferenciada em muitos países, o mesmo não ocorre com muitas doenças menos conspícuas do ponto de vista social e político, como é o caso da hanseníase, da leishmaniose e da oncocercose”.

As doenças negligenciadas, até pouco tempo, eram doenças de pouco interesse das instituições de pesquisa. Nos últimos anos, as mesmas vêm ganhando alguma visibilidade, seja pelo interesse das organizações internacionais, ou seja, pela presença, em áreas cada vez mais concentradas, desses agravos (ARAÚJO; MOREIRA; AGUIAR, 2013).

No Brasil, o Ministério da Saúde considera algumas doenças prioritárias, dentro da relação das doenças negligenciadas, como é o caso da dengue, da esquistossomose, da doença de chagas, da leishmaniose, da malária, da tuberculose e da hanseníase. Sobre essa última, é importante salientar que, mesmo com a redução da sua prevalência, ainda continua com alto índice de detecção em clusters nas regiões norte, nordeste e centro-oeste do país (VIRMOND, 2011).

2.5 A HANSENÍASE

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa, causada pelo bacilo *Mycobacterium leprae* (bacilo de Hansen) transmitido de uma pessoa doente, sem tratamento, para outra, principalmente através das vias aéreas (BRASIL, 2002b). O período de incubação pode demorar de 2 a 7 anos, até aparecerem os primeiros sintomas. Acomete principalmente a pele e os nervos periféricos, como olhos, mãos e pés. Pode causar incapacidades/deformidades quando não tratada ou tratada tardiamente, tem cura e o tratamento é um direito e está disponível em todas as unidades de saúde do SUS (BRASIL, 2002b).

De acordo com o Guia da Hanseníase, do Ministério da Saúde (MS), o diagnóstico se dá quando o paciente apresenta uma ou mais das seguintes características: lesões da pele com alterações da sensibilidade, comprometimento de nervos com espessamento neural ou baciloscopia positiva. Entretanto, o diagnóstico que se baseia no conjunto de sintomas clínicos, microscopia e/ou baciloscopia, se mostra de forma ampla e complexa (BRASIL, 2002b).

Dentre as pessoas que adoecem, algumas podem apresentar resistência ao bacilo de Hansen, abrigando pequenas quantidades de bacilos insuficientes para contaminar outras pessoas, do tipo *indeterminado* ou *tuberculóide*, são casos com até cinco lesões de pele, classificadas como Paucibacilares (PB). Outras pessoas, em menor número, não possuem essa resistência, multiplicando-os em seu organismo podendo infectar outras pessoas, do tipo *virchowiano* ou *dimorfo*, casos com mais de cinco lesões de pele, classificadas como Multibacilares (MB), consideradas a fonte de transmissão e manutenção da cadeia epidemiológica (BRASIL, 2002b).

Conforme a classificação de contaminação bacilar PB ou MB, o tratamento é realizado através da poliquimioterapia (PQT). Sendo que a PQT/PB utiliza a associação da dapsona com a rifampicina e a PQT/MB utiliza a associação da dapsona com a rifampicina e clofazimina (BRASIL, 2002b).

O paciente hanseniano também pode apresentar episódios inflamatórios agudos, chamados surtos reacionais, que podem aparecer em qualquer fase, ou seja, antes do tratamento, durante ou após o término do mesmo. Nesses casos, a intervenção com outros medicamentos, deve ser o mais breve possível com a finalidade de impedir dano neural, evitando-se incapacidades e sequelas físicas posteriores (BRASIL, 2009).

O diagnóstico precoce e manejo terapêutico adequado são imprescindíveis no bom prognóstico da doença. Entretanto, esses ainda constituem uns dos vários desafios atuais da

hanseníase (OLIVEIRA, 2012).

Vários fatores atrapalham o diagnóstico correto e precoce, especialmente a falta de capacitação dos profissionais de saúde e à ampla variedade de manifestações clínicas oriundas dos diferentes tipos e graus da resposta imune desenvolvida pelo hospedeiro frente à infecção pelo bacilo (BÜHRER-SÉKULA, 2008).

As atividades de prevenção e tratamento de incapacidades não devem ser dissociadas do tratamento PQT. Devem ser desenvolvidas durante o acompanhamento de cada caso e devem ser integradas na rotina dos serviços da unidade de saúde, de acordo com o seu grau de complexidade (BRASIL, 2008a).

Os profissionais devem orientar à pessoa doente para que ela também tenha essa atitude de vigilância, orientando-a a realização de alguns autocuidados para evitar as complicações causadas pelas incapacidades e para evitar que elas se agravem e evoluam para deformidades (OLIVEIRA, 2012).

2.6 EPIDEMIOLOGIA DA HANSENÍASE

Nas últimas décadas, a prevalência da Hanseníase tem diminuído, principalmente após a Assembleia Mundial, em 1991, quando a meta para a redução da doença ficou definida para 1 caso a cada 10.000 habitantes. Resultando em sua eliminação pela maioria dos países, até o ano 2000, restando algumas exceções (WHO, 2014).

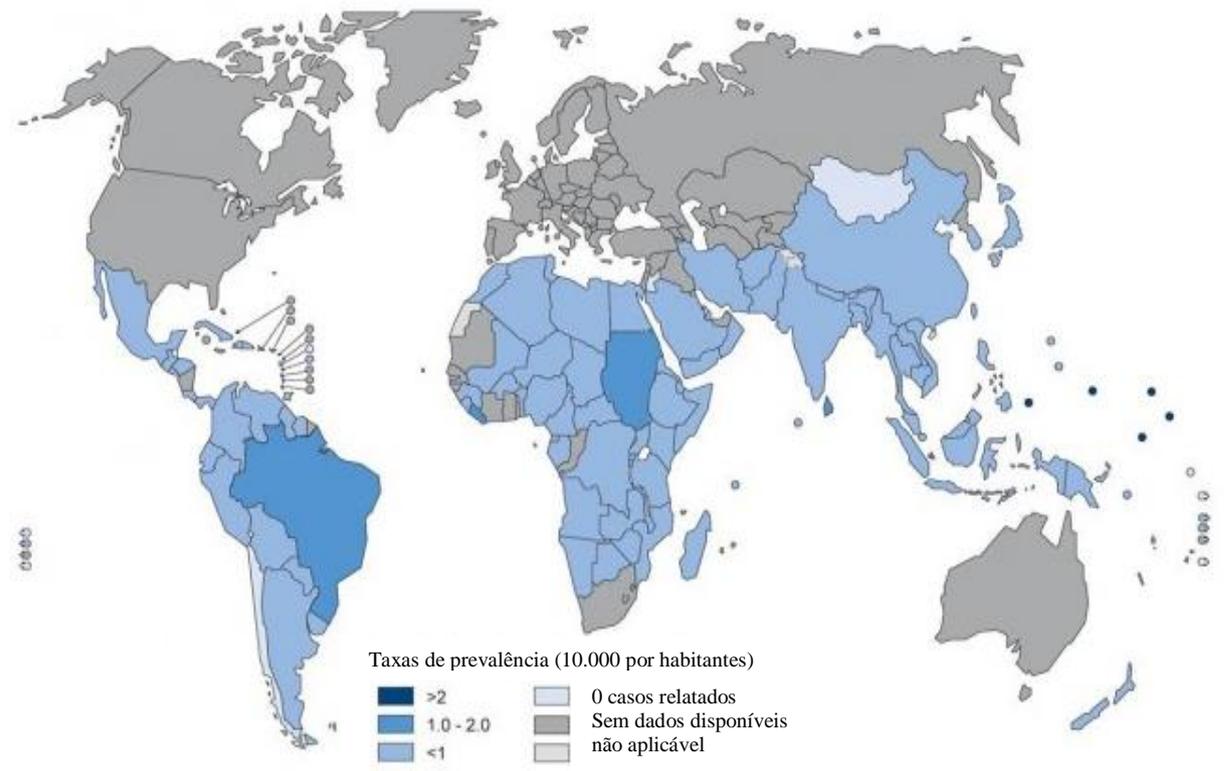
Em 2009, a Organização Mundial de Saúde (OMS) divulgou o boletim epidemiológico da hanseníase, em que 16 países do mundo tiveram notificação para esse agravo, com mil casos, ou mais. Das regiões do mundo com maior taxa de detecção estão a Ásia, com taxa de 9,39 casos por 100.000 habitantes, seguida das Américas com 4,58 casos por 100.000 mil habitantes. Nestas regiões, a Índia encontrava-se em primeiro lugar em nível de casos com 133.717 casos notificados e em segundo lugar o Brasil com 37.610 casos notificados. Sendo o Brasil responsável por 93 % dos casos nas Américas (WHO, 2010a).

A hanseníase apresenta-se com poucos casos em países desenvolvidos, porém é um grande problema de saúde pública em países pobres e em desenvolvimento, o Brasil e a Índia representam mais de 80 % dos casos novos no mundo. Epidemiologicamente, a hanseníase, está representada por concentração de casos em determinadas áreas onde a pobreza está mais presente (SAVASSI, 2010).

Em 2011, a Índia e o Brasil continuaram liderando em número de casos detectados com prevalência acima de 2 casos por 10.000 habitantes. Seguidos pela África e Ásia, com

prevalência entre 1 e 2 casos por 10.000 habitantes (WHO, 2011), como pode ser observado na figura 1.

Figura 1. Mapa da prevalência de casos de hanseníase no mundo em 2011



Fonte: adaptado de WHO (2011)

Em 2013, a OMS divulgou um novo relatório sobre a hanseníase no mundo. Dentre os 14 países que apresentaram prevalência acima de 1000 casos/ano encontram-se seis países da África, seis países do sudeste da Ásia, um país no Pacífico Ocidental e um nas Américas. Alguns países registraram mais casos em 2013, que no ano anterior, como República do Congo com 3.607 casos em 2012 e 3.744 casos em 2013. A Índia registrou 126.913 casos novos em 2013, seguido do Brasil com registro de 31.044 casos novos no mesmo ano, números que mantêm estes dois países na liderança da prevalência da hanseníase no mundo (WHO, 2014).

Segundo relatórios de 119 países e territórios, a prevalência da hanseníase até o primeiro trimestre de 2014, está entre 180.464 casos enquanto que em 2013 foram 215.557 casos detectados, sem contar com o pequeno número de casos registrados na Europa (WHO, 2014).

No Brasil, as regiões Norte e Centro-Oeste e em algumas regiões metropolitanas do

Nordeste juntas são responsáveis por aproximadamente 62 % dos casos de Hanseníase do Brasil, sendo que o coeficiente geral de detecção no país no ano de 2010 foi de 18,2 por 100 mil habitantes. Dos 34.894 casos novos, 2.461 (7,1 %) ocorreram em menores de 15 anos, representando um coeficiente de detecção em menores de 15 anos de 5,4 por 100 mil habitantes. Isso significa que ainda existem fontes transmissoras da doença, ou seja, são infecções recentes e que precisam, segundo a OMS, ser prioridade na atenção para o monitoramento da doença (BRASIL, 2012).

Dados nacionais revelam que, no período de 2005 a 2011, o Brasil vinha mantendo uma média anual de mais de 30.000 casos novos detectados, com um parâmetro alto de endemicidade, especialmente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, como pode ser visto na tabela 1. A maioria desses casos é concentrada em poucos municípios – menos de 400 municípios foram responsáveis por 70 % dos casos novos de hanseníase em menores de 15 anos de idade (BRASIL, 2012).

Tabela 1. Série - coeficiente de detecção geral

Residência	Coeficiente* de Detecção Geral						
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Região Norte	72,27	69,98	63,67	66,58	59,87	52,72	49,96
Tocantins	107,83	111,45	107,96	117,45	105,18	92,16	80,38
Rondônia	86,99	93,06	85,09	82,69	81,45	67,97	61,21
Região Nordeste	41,23	36,65	36,53	36,13	33,75	32,84	29,58
Bahia	27,52	24,13	24,17	23,37	22,55	22,78	21,53
Total Brasil	26,85	23,37	21,08	20,59	19,64	18,22	17,65

* por 100.000/hab

Fonte: Brasil (2012)

A meta definida pelo Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH) em 2007 para o período 2008-2011 foi reduzir em 10 % o coeficiente de detecção da hanseníase em menores de 15 anos até 2011, considerando 3 % de redução na série histórica. Em 2011, foram 2.420 casos no país nessa população, 670 casos na região Norte e 1.166 casos na região Nordeste (ALENCAR *et al.*, 2008).

Considerando o coeficiente de prevalência de casos de hanseníase na Bahia, que é de 1,9 por 10.000 habitantes, o estado é considerado como endêmico. Porém, existem regiões na Bahia que são consideradas hiperendêmicas, como as regiões ao Norte, Noroeste e ao Sul do estado. A capital, Salvador é considerada de alta endemicidade, com uma prevalência de 14,4 casos por 100.000 habitantes. O coeficiente geral de detecção no ano de 2010 foi de 19,2 casos/ 100.000 habitantes e para menores de 15 anos foi de 5,6 casos/100.000 habitantes,

considerado muito alto (OLIVEIRA; ASSIS; SILVA, 2013).

Em Vitória da Conquista, no período de 2001 a 2012 foram notificados 516 casos novos em pessoas residentes no município, número que representa 1,5 % dos casos detectados na Bahia. No ano de 2012, o coeficiente de detecção foi de 9,18 casos/100.000 habitantes, sendo que a média deste coeficiente ao longo desses anos estudados foi de 14,60 casos/100.000 habitantes (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2014a).

Observa-se, na tabela 2, um aumento do número de casos novos de hanseníase em Vitória da Conquista quando observado os anos de 2013 a 2015, fato que é de grande relevância principalmente quando compara-se o aumento de 56,92% no número de casos novos.

Tabela 2. Frequência por ano da notificação segundo modo de entrada

Modo de entrada	2013	2014	2015
Caso novo	30	37	65
Total	30	37	65

Em Vitória da Conquista, as avaliações para suspeição, diagnóstico e acompanhamento dos casos de hanseníase, são realizadas no Centro Municipal de Pneumologia e Dermatologia Sanitária, serviço especializado. Cabe lembrar que o papel da atenção primária à saúde é de extrema importância para reorganização dos sistemas de saúde e seu fortalecimento (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2014a).

2.7 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A HANSENÍASE

No Brasil, as políticas públicas para o controle da hanseníase, tiveram início com a Portaria nº 814/GM de 22 de julho de 1993 a qual definiu sobre as ações de controle e eliminação da doença (BRASIL, 1993). Em seguida a mesma foi revogada pela Portaria nº 817/GM, de 26 de julho de 2000, detalhando melhor a realização das ações para o controle da hanseníase. Assim, ficou estabelecida e implementada a detecção precoce de casos, a vigilância dos contatos, o tratamento e esquemas terapêuticos alternativos, a prevenção e tratamento das incapacidades, a descentralização das ações e controle da hanseníase, o desenvolvimento de recursos humanos, define o abastecimento de medicamentos, estabelece as atividades administrativas, define a educação em saúde, os aspectos sociais da hanseníase, a integração dos hospitais colônia ao SUS e sistemas de informação da hanseníase (BRASIL, 2000b).

Com a estratégia global para 2006-2010, definida pela OMS, baseada na detecção precoce de casos e a garantia do tratamento com a PQT, diversos países conseguiram reduzir o número de casos novos diagnosticados, inclusive o Brasil. Mesmo assim, diversos países ainda continuaram com uma prevalência considerada alta, acima de 1 por 10.000 habitantes. Em outubro de 2010, a OMS lançou a Estratégia Global Aprimorada para Redução Adicional da Carga da Hanseníase para o quinquênio 2011-2015, em que foram definidos os indicadores prioritários para o monitoramento do controle da endemia. Dentre eles, estão o coeficiente geral por 100.000 habitantes, a proporção de cura para os casos diagnosticados e coeficiente de detecção para os casos com grau II de incapacidade nos casos diagnosticados (BRASIL, 2007).

Em 2009, o Ministério da Saúde do Brasil definiu, novamente, através da Portaria Conjunta Nº 125/2009, as ações de controle da hanseníase, detalhando como fazer o diagnóstico, o tratamento, acompanhamento do caso e encaminhamento para níveis de média e alta complexidade quando for necessário (BRASIL, 2009).

Como metas a serem alcançadas para a eliminação da hanseníase, o Ministério da Saúde propõe:

Alcançar prevalência de menos de um caso para 10.000 habitantes. Alcançar e manter o percentual de 90 % de cura nas coortes de casos novos de hanseníase até 2015. Aumentar a cobertura de exames de contatos intradomiciliares para ≥ 80 % dos casos novos de hanseníase até 2015. Reduzir em 26,9 % o coeficiente de detecção de casos novos de hanseníase em menores de 15 anos até 2015 (BRASIL, 2013, p. 38).

Estas estratégias para o controle da hanseníase fazem parte do planejamento da OMS, e acordo entre os países endêmicos, a qual lançou a Estratégia Global para reduzir ainda mais a carga da doença devido à Hanseníase (2011-2015). Este documento tem a intenção de através das estratégias existentes, continuar nos princípios de controle da doença, ou seja, na detecção precoce de casos novos e sua cura. Esta estratégia concentra suas ações no aperfeiçoamento das ações comuns; o apoio dos esforços globais para enfrentar os desafios remanescentes; e a incorporação de novos elementos no processo. Todas essas ações fortalecem a intenção de acelerar a redução da carga da hanseníase e seu impacto negativo sobre as pessoas afetadas e suas famílias (WHO, 2010b).

A partir de 2010, foram aprovadas as novas diretrizes para o controle da hanseníase, através da portaria Nº 3.125, de 7 de outubro de 2010, que está em vigor atualmente (BRASIL, 2010a). Através dessa portaria, o Ministério da Saúde estabelece um conjunto de

ações que visam orientar a prática em todas as instâncias e diferentes níveis e complexidades, de acordo com os princípios do SUS, fortalecendo as ações de vigilância epidemiológica da hanseníase, a promoção da saúde com base na educação permanente e a assistência integral aos padrões deste agravo (BRASIL, 2009).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada para a suspeição, diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos casos de hanseníase. Porém, devido às incapacidades que podem acometer essas pessoas, as mesmas podem necessitar de atendimento em nível secundário, como fisioterapia e/ou consulta médica especializada. Se o quadro reacional estiver fora do controle da APS, necessitando de internação, por exemplo, essas pessoas podem chegar ao nível terciário de atenção à saúde (STAFIELD, 2002).

2.8 INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO À HANSENÍASE

Para Bárbara Starfield (2002), a integralidade requer da APS combinações a fim de que o paciente seja assistido de forma integral, mesmo que a unidade primária seja irresoluta para atendê-lo, a mesma deve se responsabilizar em encaminhá-lo a serviços secundários e terciários para solução de problemas.

A integralidade dos serviços prestados aos pacientes de hanseníase deve, primordialmente, ter profissionais capacitados para a realização de ações de suspeição, diagnóstico, tratamento, avaliação dos contatos domiciliares, vacinação com a BCG, acompanhamento das reações hansênicas, acompanhamento do paciente que recebeu alta por cura e realização de ações educativas com as famílias e na comunidade (BRASIL, 2010b).

Em face da necessidade de definir as atribuições dos profissionais para as ações de controle da hanseníase (ACH), o Ministério da Saúde assim as define segundo categoria profissional:

Agente Comunitário de Saúde (ACS)

- a. Identificar sinais e sintomas da hanseníase e encaminhar os casos suspeitos para a unidade de saúde;
- b. Acompanhar os usuários em tratamento e orientá-los: quanto à necessidade de sua conclusão no tempo preconizado e estar atento aos prováveis sinais e sintomas de reações e efeitos adversos da medicação (farmacovigilância);
- c. Orientar a realização de autocuidados, visando a prevenção de incapacidades;
- d. Realizar busca ativa de faltosos e daqueles que abandonaram o tratamento;

- e. Supervisionar o uso de medicamentos, quando indicado e conforme planejamento da equipe;
- f. Encaminhar contatos intradomiciliares para avaliação na unidade de saúde e estimulá-los a realizar o autoexame, mesmo depois da avaliação;
- g. Fazer, no mínimo, uma visita domiciliar por mês ao usuário com hanseníase e sua família, estimulando autocuidados e autoexame, de acordo com a programação da equipe, utilizando a ficha B-HAN do SIAB;
- h. Registrar na ficha A – cadastramento de famílias – os dados sobre as pessoas com hanseníase no campo específico, a cada visita, de forma a mantê-la atualizada; i. Compartilhar com a equipe informações colhidas durante a visita domiciliar e participar da consolidação dos dados registrados, através do SSA2;
- j. Desenvolver ações educativas e de mobilização envolvendo a comunidade e equipamentos sociais (escolas, conselhos de saúde, associações de moradores etc.), relativas à importância do autoexame; ao controle da hanseníase e combate ao estigma.

Médico e Enfermeiro

- a. Identificar sinais e sintomas da hanseníase e avaliar os casos suspeitos encaminhados para a unidade de saúde;
- b. Preencher completamente, de forma legível, a ficha individual de notificação para os casos confirmados de hanseníase;
- c. Orientar o paciente e a família para a realização de autocuidados e prescrever e/ou realizar técnicas simples de prevenção de incapacidades físicas;
- d. Avaliar e registrar o grau de incapacidade física em prontuários e formulários, no diagnóstico e acompanhamento, conforme periodicidade descrita no protocolo;
- e. Realizar exame dermatoneurológico em todos os contatos intradomiciliares dos casos novos, orientá-los sobre a hanseníase e importância do autoexame;
- f. Registrar em prontuários e fichas/boletins de acompanhamento e encaminhar para a vacinação com o BCG os contatos sem sinais da doença;
- g. Realizar assistência domiciliar, quando necessário;
- h. Orientar os auxiliares/técnicos de enfermagem e ACS para o acompanhamento dos casos em tratamento;
- i. Encaminhar ao setor competente a ficha de notificação e boletins de acompanhamento, conforme estratégia local;

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

Exclusivas do Médico

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

Exclusivas do Enfermeiro

- a. Realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal, observadas as disposições legais da profissão;
- b. Planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS;
- c. Realizar ou demandar a realização de curativos aos auxiliares sob sua orientação e supervisão;
- d. Observar a tomada da dose supervisionada e orientar acerca de efeitos adversos dos medicamentos;
- e. Realizar a programação e pedidos de medicamentos e controlar o estoque em formulário específico e encaminhá-lo ao nível pertinente;

Do Auxiliar/ Técnico de Enfermagem

- a. identificar sinais e sintomas da hanseníase e encaminhar os casos suspeitos para a unidade de saúde;
- b. observar a tomada da dose supervisionada e orientar acerca de efeitos adversos dos medicamentos, quando indicado e conforme planejamento da equipe;
- c. realizar assistência domiciliar, quando necessário;
- d. aprazar doses supervisionadas e organizar arquivos de aprazamento;
- e. encaminhar ao setor competente a ficha de notificação e boletins de acompanhamento, conforme estratégia local;
- f. realizar curativos sob a orientação e supervisão do enfermeiro;
- g. realizar a vacina BCG nos contatos conforme prescrição;
- h. contribuir e participar das atividades de educação permanente dos membros da equipe quanto à prevenção, manejo do tratamento, ações de vigilância;

Do Cirurgião Dentista, Técnico em Higiene Dental (THD) e Auxiliar de Consultório Dentário (ACD)

- a. Identificar sinais e sintomas da hanseníase e encaminhar os casos suspeitos para a unidade de saúde;
- b. Desenvolver ações educativas e de mobilização envolvendo a comunidade e equipamentos sociais (escolas, conselhos de saúde, associações de moradores etc.), relativas à importância do autoexame, ao controle da hanseníase e combate ao estigma;
- c. Contribuir e participar das atividades de educação permanente dos membros da equipe quanto à prevenção, manejo do tratamento, ações de vigilância epidemiológica, combate ao estigma, efeitos adversos de medicamentos/farmacovigilância e prevenção de incapacidades;
- d. Realizar avaliação programática, e também quando demandada, de usuários com hanseníase, com o objetivo de estar atento para as infecções da boca, que são importante causa de predisposição para complicações e estados reacionais.

A integralidade da atenção à saúde da pessoa acometida por hanseníase na APS fundamenta-se na educação em hanseníase, na qualidade do acolhimento do usuário e no desenvolvimento de ações coletivas voltadas para as ações de promoção da saúde, ou seja, na realização das atribuições supracitadas instituídas pelo Ministério da Saúde (LANZA, 2014).

Dessa forma, é de responsabilidade dos serviços de saúde que os mesmos estejam organizados de forma a atender às necessidades da população. Sendo assim, a Integralidade

implica uma maneira de organização dos processos de trabalho nos serviços de saúde que seja capaz de buscar, sempre, as necessidades de grupos populacionais, contemplando não somente o que já vem delimitado nas demandas do serviço. Dessa forma, a Integralidade pressupõe o conceito de amplo cuidado em saúde, em que o profissional precisa praticar saberes além do curativo, voltando suas habilidades para as necessidades do indivíduo como um todo (MARSIGLIA, 2008).

2.9 O MUNICÍPIO DE VITÓRIA DA CONQUISTA

O município de Vitória da Conquista foi habilitado em Gestão Plena do Sistema de Saúde em outubro de 1999, desde então tem investido no fortalecimento da Atenção Primária, tendo a Estratégia de Saúde da Família como ferramenta para a mudança do modelo assistencial no município, contando atualmente com 42 Equipes de Saúde da Família implantadas, correspondendo a 51 % de cobertura da população (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2014b).

No Plano Diretor Regional o município é sede da macrorregião Sudoeste da saúde, atendendo a uma população de cerca de 2 milhões de habitantes, correspondente aos 73 municípios pactuados (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2014b).

A população é de 306.866 habitantes e área territorial de aproximadamente 3400 km², segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), senso de 2010, com a maioria da população correspondendo ao sexo feminino 51,9 % (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2014b).

A notificação de agravos é feita diariamente por uma rede notificadora que abrange a rede SUS e a rede particular do município. Nos anos de 2010 e 2013 há registros respectivos de 3.639 e 4.256 notificações no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2014b).

Em 2009, a população com cobertura pela Atenção Primária era de 84,2 %, sendo 24,1 % pelo modelo da PACS e 60,1 % pelo modelo de Programa de Saúde da Família (PSF) (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2014b).

Dentre todas as atribuições da Atenção Primária à Saúde (APS) encontra-se a hanseníase. É atributo da APS ser a porta de entrada dos pacientes portadores desse agravo, bem como dos comunicantes e investigação de casos novos. Cabe a ela atender toda sua área de abrangência na perspectiva de identificar, diagnosticar, tratar e acompanhar no pós-alta os pacientes acometidos pela hanseníase como de fazer a investigação dos seus comunicantes

(BRASIL, 2002b).

Em Vitória da Conquista existe o Serviço Municipal de Tisiologia e Dermatologia Sanitária, o qual atua na perspectiva da Atenção à Saúde, na prevenção, assistência e diagnóstico da hanseníase e tuberculose. Dentre as funções realizadas, está a busca de casos na comunidade, diagnóstico precoce e adequado, tratamento da doença até a cura e manejo das complicações.

Esse serviço foi fundado com o objetivo de dar apoio às equipes da Atenção Primária para tratamento das complicações dos estados reacionais dos pacientes acometidos pela hanseníase. Porém, o que se observa na prática é que o serviço se tornou ao longo dos anos como referência para diagnóstico de casos, tratamento, avaliação de comunicantes, prevenção de incapacidades e seu acompanhamento, ou seja, responsabilidades que são atribuídas a APS.

3 MÉTODOS

Este presente estudo é um recorte de um projeto maior (IntegraHans), intitulado “Atenção à saúde para hanseníase em áreas de alta endemicidade nos estados de Rondônia, Tocantins e Bahia: abordagem integrada de aspectos operacionais, epidemiológicos (espaço-temporais), clínicos e psicossociais”, que tem como objetivos centrais a avaliação do desempenho da atenção à saúde na vigilância de contatos, o estudo das demandas e da oferta de atenção à saúde no pós-tratamento poliquimioterápico (PQT) e o estudo das necessidades sociais e condições de vida das pessoas afetadas pela hanseníase. O projeto maior teve aprovação do Comitê de Ética de Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Ceará (UFC).

3.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo quantitativo transversal de caráter descritivo, que avaliou as ações dispensadas aos pacientes acometidos por hanseníase na APS em relação à atuação dos ACS e profissionais de saúde que trabalham na atenção primária e sua formação, para o atendimento a pessoas acometidas por hanseníase no município de Vitória da Conquista/BA.

3.2 CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO

O estudo foi realizado no município de Vitória da Conquista, macrorregião do sudoeste da Bahia, possui área territorial de aproximadamente 3400 km². A zona urbana do município possui vinte e três unidades de saúde da atenção primária e a zona rural, dezessete unidades de saúde, totalizando 40 unidades da APS. Em todas as unidades de saúde da APS houve participantes do estudo (médicos, enfermeiros, cirurgiões dentistas, ACS, auxiliar de consultório dentário, técnicos e auxiliares de enfermagem).

3.3 SUJEITOS DE ESTUDO E AMOSTRA

A população estimada para o estudo seria todos os profissionais da saúde que atuam nas Unidades de Saúde da Atenção Primária (médicos, cirurgiões dentistas, enfermeiros, auxiliar e técnico de enfermagem, auxiliar de consultório dentário e ACS). Sendo 295 profissionais das Unidades da zona urbana e na zona rural 110 e para os ACS, a estimativa era 545 e 185 agentes para a zona urbana e zona rural, respectivamente, ou seja, um total de 405

profissionais e 730 Agentes Comunitários, segundo a secretaria municipal de saúde do município. Contudo, somente aqueles que aceitaram participar da pesquisa e que estavam em exercício no momento, responderam ao instrumento de coleta, elaborado com perguntas simples e de respostas fechadas. Assim, o total de participantes foram 232 profissionais, sendo 152 da zona urbana e 80 da zona rural que atuam nas unidades da Atenção Primária à Saúde e 405 ACS, sendo 249 da zona urbana e 156 da zona rural.

3.4 COLETA DE DADOS

Para realização deste estudo, foram utilizados os instrumentos de coleta do projeto IntegraHans (Anexo B e Anexo C). Esses questionários validados possuíam formato de perguntas simples e respostas fechadas, facilitando a participação e o entendimento do mesmo. O questionário destinado aos ACS possuía perguntas pertinentes ao seu grau de instrução, experiência profissional, se já havia sido capacitado em abordagem para hanseníase e feito acompanhamento/ busca ativa de pacientes e/ou comunicantes, dentre outras. Aos outros profissionais da saúde, o questionário era destinado a conhecer a estrutura das unidades de saúde para o atendimento aos pacientes acometidos por hanseníase e a capacitação em diagnóstico, tratamento da doença, busca ativa de contatos, bem como acompanhamento dos casos em estados reacionais dentre outras atribuições.

Como este estudo é um recorte de uma pesquisa maior, participaram diversos estudantes de graduação da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), da Universidade Federal da Bahia (UFBA), estudantes do mestrado e doutorado da Universidade Federal do Ceará (UFC) e estudante do mestrado da Fundação Oswaldo Cruz do Rio de Janeiro (FIOCRUZ) dentre outros profissionais da área da saúde e colaboradores. Para isso, foram realizados treinamentos dos pesquisadores e colaboradores para o trabalho de campo e sistematização dos procedimentos, com acompanhamento direto de supervisor e monitor da pesquisa.

O projeto maior foi financiado pelo CNPq, com apoio da Universidade Federal do Ceará, Universidade Federal da Bahia e Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista-BA.

3.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Após a coleta dos dados, as análises estatísticas foram realizadas nos programas Epi

Info Windows versão 7 (*Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, USA*) e STATA versão 11 (*Stata Corporation, College Station, USA*). Os resultados da estatística descritiva foram apresentados na forma de tabelas e gráficos.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

O projeto maior teve aprovação do Comitê de Ética de Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Ceará (UFC) NOB, 96, em que o PCH através do edital MCTI/CNPq/MS-SCTIE-Decit N°40/2012 – Pesquisa em Doenças Negligenciadas

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP) /FIOCRUZ (Parecer n° 1.172.771, de 25/09/2015) e pelo comitê em pesquisa do polo de educação do Município de Vitória da Conquista/BA. A coleta de dados foi iniciada somente após esclarecimento dos objetivos da pesquisa, da garantia de sigilo e privacidade dos sujeitos da pesquisa, dos benefícios esperados serem maiores que os riscos previsíveis conforme TCLE (Apêndice A). Foram respeitados os valores individuais e sociais, culturais, éticos, morais, religiosos, garantindo o direito de desistir da pesquisa sem qualquer prejuízo para o sujeito. Foi obtido TCLE assinado de todos os participantes do estudo.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 PROFISSIONAIS DE SAÚDE (MÉDICOS, ENFERMEIROS, AUXILIARES E TÉCNICOS DE ENFERMAGEM, ODONTÓLOGO E AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL) - ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O presente estudo abordou 40 Unidades de Saúde do município de Vitória da Conquista/BA, sendo 23 Unidades da zona urbana e 17 Unidades da zona rural. Dentre os quais, 232 profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, odontólogo e auxiliar de saúde bucal), que trabalham nessas unidades, responderam ao questionário.

Para apresentação dos resultados encontrados, optou-se pelo uso da estatística descritiva, em forma de tabelas e gráficos, para facilitar a observação e análise.

Observa-se na tabela 3, que há predominância de profissionais do sexo feminino nestas unidades (85,9 %). Da mesma forma, um estudo realizado sobre o perfil dos trabalhadores da atenção básica no município de São Paulo (MARSIGLIA, 2011) constatou que a maioria dos profissionais era do sexo feminino. Sobre a categoria profissional, a maior parte dos sujeitos que responderam ao questionário era de técnicos de enfermagem (34,9 %). Dentre os profissionais a maior parte possuía melhor qualificação profissional (50,4 %) com nível superior.

Ainda na tabela 3, observa-se que a maioria dos profissionais entrevistados pertencia ao regime estatutário (79,3 %), ponto relevante para as ações de controle da hanseníase, visto que há menor rotatividade de profissionais na APS entre os estatutários, minimizando, também, a transição de profissionais capacitados. Quanto maior o conhecimento do profissional sobre o território onde trabalha e a comunidade, melhores serão os vínculos com essa comunidade. Em estudo realizado por Lanza e Lana (2011), em algumas cidades do estado de Minas Gerais, ficou constatada que uma das dificuldades para dar continuidade nas ações de controle da hanseníase era a rotatividade de profissionais. Portanto, um quantitativo maior de profissionais estatutários garante melhor a continuidade do cuidado ao paciente.

Tabela 3. Formação profissional e perfil dos profissionais que atuam nas Unidades de Saúde. Vitória da Conquista/BA, 2015.

	N	%
SEXO		
Masculino	23	9,91
Feminino	209	90,09
Total	232	100
CATEGORIA PROFISSIONAL		
Médico	17	7,33
Enfermeiro	54	23,28
Auxiliar de enfermagem	13	5,6
Técnico de enfermagem	81	34,91
Cirurgião dentista	24	10,34
Auxiliar de consultório dentário	25	10,78
Outra	18	7,76
Total	232	100
GRAU DE INSTRUÇÃO		
Analfabeto	0	0
1ª a 3ª série do ensino fundamental	0	0
4ª a 7ª série do ensino fundamental	0	0
Ensino fundamental completo	3	1,29
1º ou 2º ano do ensino médio	8	3,45
Ensino médio completo	77	33,19
Superior incompleto	20	8,62
Superior completo	117	50,43
Outro	7	3,02
Total	232	100
PÓS-GRADUAÇÃO/APERFEIÇOAMENTO		
Não possui pós-graduação/aperfeiçoamento	98	42,6
Residência médica	1	0,4
Residência enfermagem	2	0,9
Especialização	81	35,2
Mestrado	5	2,2
Doutorado	0	0
Curso técnico	34	14,7
Outra	6	2,6
Ignorado	5	1,4
Total	232	100
TURNO DE TRABALHO NA ESF		
Manhã	4	1,7
Tarde	3	1,3
Manhã/tarde	224	96,6
Ignorado	1	0,4
Total	232	100
TIPO DE CONTRATO		
Estatutário	184	79,3
Celetista	1	0,4
Prestador de serviços	36	15,5
PROVAB enfermagem	2	0,9
PROVAB odontologia	0	0
PROVAB medicina	3	1,3
Mais médicos	3	1,3
Outros	3	1,3
Total	232	100

Fonte: IntegraHans

Com relação à estrutura dos serviços (Tabela 4), a maioria dos profissionais a considera boa (54,7 %). Em relação aos serviços de apoio às unidades da APS, o serviço de referência em hanseníase e o NASF, foram, dentre as diversas opções, os que tiveram maior escolha (15 %), seguido do hospital geral (14,6 %) e serviço de apoio psicossocial (14,4 %), sendo que os mesmos poderiam escolher mais de uma opção, por isso a existência do “N”, na tabela 3, ser maior que a quantidade de profissionais que responderam ao questionário. Segundo o Guia para o Controle da Hanseníase, do Ministério da Saúde, o encaminhamento dos pacientes para os serviços de referência e hospital geral são indicados nas seguintes situações: reabilitação, diagnóstico diferencial e esclarecimento de diagnóstico, hospitalização em casos de reações ou outras intercorrências e outras dúvidas no manejo do paciente de hanseníase (BRASIL, 2002b). Portanto, é de grande importância que os profissionais conheçam quando o paciente está em episódio reacional para que possam fazer o encaminhamento de maneira adequada. Da mesma maneira, a Portaria 3.125 do Ministério da Saúde estabelece:

[...] considerando que essas ações devem ser executadas em toda a rede de atenção primária do Sistema Único de Saúde – SUS e que, em razão do potencial incapacitante da hanseníase, deve-se garantir atenção especializada em unidades de referência ambulatorial e hospitalar, sempre que necessário [...] (BRASIL, 2010b, p.1).

Tabela 4. Condições da Unidade e Serviços de Apoio ao tratamento da hanseníase. Vitória da Conquista/ BA, 2015.

	N	%
CONDIÇÕES DA UNIDADE		
Inexistente	20	8,7
Muito ruim	19	8,2
Ruim	50	21,5
Boa	127	54,7
Muito boa	15	6,5
Ignorado	1	0,4
Total	232	100
SERVIÇOS DE APOIO		
Hospital geral	174	14,6
Hospital especializado geral	65	5,7
Serviço de referência em hanseníase	180	15
Serviço de referência em reabilitação	123	10
Serviços ambulatoriais de especialidades	123	10
Ambulância para transporte de pacientes	71	6
Núcleo de apoio à saúde da família (NASF)	178	15
Centro de atenção psicossocial (CAPS)	172	14,4
Centro comunitário	39	3,3
Academia da saúde	11	1
Ponto de telessaúde	9	0,7
Outros	51	4,3
Total	1196	100

Fonte: IntegraHans.

Percebe-se, ao analisar a tabela 4, que o Serviço de Referência em Reabilitação, local especializado para esse tratamento, não teve prioridade na escolha dos participantes da pesquisa, esse fato pode sugerir pouco conhecimento desses profissionais para essa morbidade, nas ações de reabilitação e tratamento de incapacidades. Porém, estudos mais detalhados a esse respeito são necessários para maior esclarecimento desse aspecto. Segundo Susilen e Nardi (2006, p. 15):

As atividades de reabilitação integram também as medidas preventivas que devem ser ministradas durante o tratamento e por vezes até após a cura evitando a instalação das deficiências de difícil reversão. Dessa forma, vê-se a necessidade do acompanhamento e encaminhamento desses pacientes para garantir a integralidade da assistência.

Na avaliação do contexto para abordagem dos casos de hanseníase no território (Tabela 5) foi verificado que a grande maioria dos profissionais (78 %) não realizou abordagem a pessoas com hanseníase no último mês e mais da metade dos pesquisados não possuíam casos de pessoas em uso da PQT (56,8 %). A respeito da suspeita de casos de hanseníase, um pouco menos da metade não realizou suspeita dessa doença (49,5 %), assim como pouco mais da metade não efetuou acompanhamento de casos já diagnosticados (54 %). Com estes resultados percebe-se que há pouco envolvimento destes profissionais em relação às Ações de Controle da Hanseníase. A Portaria nº 3.125 destaca para o diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos casos de hanseníase, bem como prevê Brasil (2008b) sobre as responsabilidades desses profissionais em relação às Ações de Controle da Hanseníase (ACH). Portanto, estudos mais detalhados em relação às ACH desenvolvidas por estes profissionais serão necessários para obtenção de conclusões em relação ao baixo percentual de realização das mesmas.

O envolvimento dos profissionais de saúde com os familiares dos pacientes com hanseníase, além de ser importante para a realização da busca ativa de contatos, é necessária para despertar responsabilidade em relação a tomada do medicamento corretamente, ao autocuidado e prevenção de possíveis lesões, pois o acompanhamento tanto da equipe quanto dos familiares é necessário do ponto de vista físico e psíquico do paciente (ARANTES *et al.*, 2010).

Tabela 5. Contextos de hanseníase no território e ação em relação à patologia. Vitória da Conquista/BA, 2015.

	N	%
ATENDIMENTO A PESSOAS COM HANSENÍASE, NO ÚLTIMO MÊS		
Não	181	78
Sim, pessoa com 15 anos ou mais	15	6,5
Sim, pessoa com menos de 15 anos	1	0,4
Sim, pessoas de todas as idades	15	6,5
Ignorado	20	8,6
Total	232	100,0
CASOS DE HANSENÍASE EM TRATAMENTO/PQT		
Não	131	56,8
Sim	39	16,9
Ignorado	62	26,3
Total	232	100
REALIZAÇÃO DE SUSPEITA DE HANSENÍASE		
Não	106	45,9
Sim	91	39,3
Ignorado	35	14,8
Total	232	100
REALIZAÇÃO DE ACOMPANHAMENTO DOS CASOS NO ÚLTIMO MÊS		
Não	124	54
Sim	65	28
Ignorado	43	18
Total	232	100

Fonte: IntegraHans.

Faria (2013) corrobora com este estudo através dos resultados de sua pesquisa sobre avaliação de contatos no qual foi relatado que a maioria dos pacientes nunca havia se submetido à avaliação dermatoneurológica (77,2 %). De acordo com a Portaria 3.125 de 2010 é de grande relevância que os profissionais da APS do Município, integrem todas as ações do Programa Nacional de Controle da Hanseníase, principalmente em relação à busca de contatos, a fim de realizar o diagnóstico no início da patologia e de evitar as incapacidades, para isso, precisam desempenhar um papel estratégico para desenvolver uma busca ativa eficiente e alcançar a redução do número de casos de hanseníase no município.

Analisando as ações de vigilância de contatos, observou-se (Tabela 6) que era grande o número de profissionais que não realizava a abordagem de contatos (60,8 %), assim como mais da metade dos entrevistados respondeu “não” quanto à existência de protocolos para a abordagem de contatos (55,6 %) e seguimento de contatos (58,1 %). Desta forma, a maior parte dos profissionais, além de não realizar a investigação dos contatos, também não sabia da existência de protocolos para os mesmos.

Tabela 6. Ações de acompanhamento dos profissionais frente ao caso de hanseníase em relação a utilização de fichas e avaliação de contatos. Vitória da Conquista/BA, 2015.

	N	%
REALIZA ABORDAGEM DE CONTATOS/CASOS		
Não	141	60,8
Sim	60	25,8
Ignorado	31	13,4
Total	232	100
EXISTÊNCIA DE PROTOCOLOS PARA ABORDAGEM DOS CONTATOS		
Não	129	55,6
Sim	49	21,1
Ignorado	54	23,3
Total	232	100
EXISTÊNCIA DE PROTOCOLOS PARA SEGUIMENTO DE CONTATOS		
Não	135	58,1
Sim	40	17,3
Ignorado	57	24,6
Total	232	100
EXISTÊNCIA DE FICHAS/FORMULÁRIOS PARA REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA		
Não	79	34
Sim	114	49
Ignorado	39	17
Total	232	100
REALIZA EXAMES DE CONTATOS NA UNIDADE DE SAÚDE		
Não	125	54
Sim	71	30,5
Ignorado	36	15,5
Total	232	100
REALIZA EXAMES DE CONTATOS NOS DOMICÍLIOS		
Não	124	53,4
Sim	64	27,6
Ignorado	44	19
Total	232	100
SE NÃO REALIZA O EXAME QUAL FATOR QUE ATRIBUI		
Contato não que realizar o exame	2	0,8
Contato não encontrado	8	3,4
Contato faltoso	3	1,3
Caso referência não quer revelar seu diagnóstico	11	4,7
Falta de estrutura do serviço	37	16
Não se aplica	132	57
Outros	36	15,5
Ignorado	3	1,3
Total	232	100
INDICA/ENCAMINHA CONTATOS PARA BCG		
Não	79	34
Sim	115	49,6
Ignorado	38	16,4
Total	232	100
REALIZA VISITA DOMICILIAR PARA BUSCA ATIVA DE CONTATOS		
	N	%
Não	115	49,6
Sim	79	34
Ignorado	38	16,4
Total	232	100
REALIZA ACOLHIMENTO PARA CONTATOS NA UNIDADE		
Não	103	44,4
Sim	93	40
Ignorado	36	15,6
Total	232	100

Fonte: Integrahans.

Ainda na tabela 6, a análise das respostas para os formulários de referência e contra referência mostrou que quase metade dos profissionais respondeu que existia esse formulário (49,0 %), porém outro tanto respondeu que não realizava o exame de contato em sua unidade (54 %) e, praticamente, a mesma proporção respondeu "não" para a realização do exame em domicílio (53,4 %).

Observou-se também que o fator atribuído para a não realização desse exame era a falta de estrutura do serviço (16 %). Nesse caso, vale pontuar que, na tabela 6, a maioria dos profissionais (54,5 %), havia respondido que a estrutura do serviço era boa, gerando assim um desencontro de informações. Para o encaminhamento da BCG e realização de visita domiciliar, pouco menos da metade dos pesquisados respondeu que fazia o encaminhamento para a BCG (49,6 %), porém não realizava visita domiciliar (49,6). Um menor número respondeu que não realizava acolhimento de contatos na unidade (44,4 %). Um estudo realizado (VIEIRA *et al.*, 2008) sobre “Avaliação e controle de contatos faltosos de doentes com hanseníase” revelou que, dos contatos avaliados, 100% do foco paucibacilar tinham pelo menos uma dose da BCG e que, apenas, 4,2% do foco multibacilar não possuíam nenhuma dose. Esse estudo demonstrou ótimo desempenho das equipes de saúde na atenção e controle de BCG, para esta amostra. Esses resultados revelam que, os profissionais que atuam na APS, necessitam de capacitação em hanseníase, para que possam desenvolver suas atribuições a fim de promover o controle dessa patologia.

Os resultados apresentados na tabela 7 a respeito da falta de materiais para que os profissionais pudessem fazer ações educativas com a sua população, bem como o fato de não terem grupo para esses pacientes, reflete fragilidade na APS a respeito da existência de uma rede organizada para os cuidados dessa patologia, fato que enfraquece as ações de controle da hanseníase. Para Pereira *et al.* (2008), as ações de controle da hanseníase devem estar presentes em todas as práticas educativas e serem dirigidas pela equipe de saúde, aos doentes, familiares e a toda comunidade. Assim, a prática educativa cria vínculos de muito aprendizado, o que leva a uma construção de novos conhecimentos.

Analisando a tabela 7, dentre os materiais utilizados na avaliação neurológica, o kit de monofilamentos (conjunto de filamentos de nylon capazes de identificar possíveis neuropatias causadas pela hanseníase) não era utilizado pela maior parte dos profissionais (72 %). Esse material é necessário para a detecção do grau de incapacidade na avaliação em hanseníase. Segundo o Guia para o Controle da Hanseníase, esse procedimento é essencial para que ações de prevenção de incapacidade assim como obtenção de indicadores epidemiológicos sejam planejadas (BRASIL, 2002b). Esse resultado revela, também, que a APS ainda não está

descentralizada para o diagnóstico de hanseníase, pois esses kits são fundamentais para avaliação de incapacidades.

Tabela 7. Utilização de materiais necessários para avaliação e ações educativas em hanseníase. Vitória da Conquista/BA, 2015.

	N	%
UTILIZA KIT DE MONOFILAMENTOS PARA AVALIAÇÃO DE CASOS/CONTATOS		
Não	167	72
Sim	24	10
Ignorado	41	18
Total	232	100
UTILIZA MATERIAL EDUCATIVO NAS AÇÕES PROGRAMÁTICAS NA UNIDADE PROCESSO		
Não	67	28,9
Sim	149	64,2
Ignorado	16	6,9
Total	232	100
UTILIZA MATERIAL EDUCATIVO NAS AÇÕES PROGRAMÁTICAS NO TERRITÓRIO PROCESSO		
Não	95	41
Sim	108	46,5
Ignorado	29	12,5
Total	232	100
UTILIZA MATERIAL AUDIOVISUAL NAS AÇÕES PROGRAMÁTICAS NA UNIDADE PROCESSO		
Não	171	73,7
Sim	34	14,7
Ignorado	27	11,6
Total	232	100
DESENVOLVE/PARTICIPA DE GRUPOS PROCESSO		
Não	189	81,5
Sim	11	4,7
Ignorado	32	13,8
Total	232	100

Fonte: IntegraHans.

Ainda na tabela 7, 64,2 % e 46,5 %, respectivamente, responderam que utilizavam materiais informativos sobre a hanseníase nas ações educativas na unidade e no território. Por outro lado, quanto à utilização de material audiovisual, 73,7 % responderam que não utilizavam esse recurso na unidade, enquanto que 81,5 %, contaram não participar de grupo específico para pacientes acometidos pela hanseníase.

Quanto às fichas de seguimento de contatos (Tabela 8), a maior parte dos profissionais (82,3 %) disseram que não as preenchia. Da mesma forma, a grande maioria não preenchia o instrumento para avaliação neurológica (83,6%), bem como o livro para acompanhamento de casos (79,3%). De acordo com a Portaria nº 3.125, “A vigilância epidemiológica envolve a coleta, processamento, análise e interpretação dos dados referentes aos casos de hanseníase e seus contatos [...]” (BRASIL, 2010b, s.p.). No entanto, para que isso aconteça, é necessária a

descentralização da APS para o atendimento às pessoas acometidas por hanseníase, de modo que os profissionais possam assistir estes pacientes em suas unidades (BRASIL, 2010b).

Tabela 8. Desenvolvimento das ações de controle e prevenção da hanseníase pelos profissionais da APS. Vitória da Conquista/BA, 2015.

	N	%
PREENCHIMENTO DE FICHA PARA DE SEGUIMENTO DE CONTATOS		
Não	191	82,3
Sim	22	9,5
Ignorado	19	8,2
Total	232	100
PREENCHIMENTO DE FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA		
Não	194	83,6
Sim	16	6,9
Ignorado	22	9,5
Total	232	100
PREENCHIMENTO DE LIVRO PARA ACOMPANHAMENTO DE CASOS		
Não	184	79,3
Sim	29	12,5
Ignorado	19	8,2
Total	232	100
PREENCHIMENTO DE FICHAS DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO DE CASOS NOVOS		
Não	190	81,9
Sim	25	10,8
Ignorado	17	7,3
Total	232	100
PREENCHIMENTO DE FICHAS DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO DE EPISÓDIOS REACIONAIS		
Não	205	88,4
Sim	11	4,7
Ignorado	16	6,9
Total	232	100
PREENCHIMENTO DE FICHA PARA AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA		
Não	190	81,9
Sim	19	8,2
Ignorado	23	9,9
Total	232	100
PREENCHIMENTO DE FICHA PARA AVALIAÇÃO DO GRAU DE INCAPACIDADE		
Não	199	85,8
Sim	12	5,2
Ignorado	21	9
Total	232	100

Fonte: IntegraHans.

Ainda na tabela 8, a maior parte dos profissionais não utilizava a ficha de notificação/investigação de casos novos (81,9%) e também não preenchia as fichas para notificação/investigação de episódios reacionais (88,4%). Da mesma forma, as respostas

foram negativas para o preenchimento de ficha para avaliação neurológica (81,9%) e grau de incapacidade (85,8%). De acordo com a Portaria 3125, a produção e divulgação das informações são necessárias para a efetividade das intervenções e subsidiar o planejamento de novas ações para melhoria contínua das ACH (BRASIL, 2010b).

Conforme as recomendações do SUS, os municípios são responsáveis pela organização dos serviços de saúde na APS. Sendo assim, cabe à mesma, prestar toda a assistência à população, em especial da Hanseníase. Segundo Alencar *et al.* (2008, p. 699):

[...] a prevenção de incapacidades é uma atividade fundamental desde o diagnóstico, durante o tratamento e em alguns casos, após a alta do tratamento poliquimioterápico. Por isso, é importante que a pessoa com hanseníase seja orientada para a prática diária do autocuidado e a realização dos exercícios de prevenção e reabilitação, quando necessários.

Avaliando os dados contidos na tabela 9, ressalta-se que mais da metade dos profissionais (59,5 %) das unidades de saúde não tinham acesso ao Caderno 21 da Atenção Básica, sendo esse valor maior ainda (63,8 %) em relação à Portaria 3.125, de 7 de outubro de 2010, e ao kit para avaliação dermatoneurológica (83,6 %). Verificou-se também que 81 % dos pesquisados não tinham acesso à tabela de Snellen, necessária para avaliação da acuidade visual, assim como 83,2 % e 77,6 %, respectivamente, não acessavam a lanterna para avaliação e ao fio dental (também utilizado para avaliação em hanseníase). Segundo os Cadernos de Atenção Básica, “Para o desenvolvimento das ações, pelos profissionais, é importante que seja disponibilizado pelo município os seguintes materiais: algodão, tubo de ensaio, lamparina, alfinete, fio dental, lanterna de olho e o conjunto de monofilamentos de náilon de Semmes – Weinstein” (BRASIL, 2008b, s.p.).

A grande maioria (90,9 %) não realizava coleta do raspado dérmico, assim como não utilizava os testes de Mitsuda (88,4 %) e o de histamina/pilocarpina (89,2 %).

Conforme orientação do Caderno 21, da Atenção Básica, esses materiais são necessários para realizar ações de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e alta na hanseníase, porém, mesmo com esta necessidade, as mesmas não os possuíam. Para os profissionais que atuam na APS, a falta do Caderno 21 e Portaria 3.125/2010 significa falta de acesso às informações necessárias ao conhecimento desse agravo em sua rotina, pois os mesmos tratam desde o agente etiológico aos aspectos clínicos e atribuições dos profissionais da APS.

Tabela 9. Acesso a materiais utilizados para avaliação em hanseníase nas unidades de saúde da APS. Vitória da Conquista/BA, 2015.

	N	%
ACESSO AO CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA 21		
Não	138	59,5
Sim	51	22
Ignorado	43	18,5
Total	232	100
ACESSO À PORTARIA Nº 3.125, DE 7 DE OUTUBRO DE 2010		
Não	148	63,8
Sim	38	16,4
Ignorado	46	19,8
Total	232	100
ACESSO A KIT DE TESTE DERMATONEUROLÓGICO		
Não	194	83,6
Sim	15	6,5
Ignorado	23	9,9
Total	232	100
ACESSO A TABELA DE SNELLEN		
Não	188	81
Sim	24	10,4
Ignorado	20	8,6
Total	232	100
ACESSO A LANTERNA PARA AVALIAÇÃO		
Não	193	83,2
Sim	24	10,3
Ignorado	15	6,5
Total	232	100
ACESSO A FIO DENTAL PARA AVALIAÇÃO		
Não	180	77,6
Sim	31	13,4
Ignorado	21	9
Total	232	100
REALIZA COLETA DE RASPADO DÉRMICO		
Não	210	90,9
Sim	3	1,3
Ignorado	19	7,8
Total	232	100
UTILIZA TESTE MITSUDA		
Não	205	88,4
Sim	4	1,7
Ignorado	23	9,9
Total	232	100
UTILIZA TESTE HISTAMINA/PILOCARPINA		
Não	207	89,2
Sim	1	0,4
Ignorado	24	10,4
Total	232	100

Fonte: IntegraHans.

Como mostra a tabela 10, 75,4 % não faziam o atendimento para episódios reacionais, assim como 71,9 % dos entrevistados não haviam sido capacitados para o manejo de eventos reacionais, não possuíam fluxo padronizado para atendimento de eventos reacionais (75 %) e não faziam registro em prontuários de eventos reacionais (60 %). Há necessidade de os profissionais sejam capacitados para saber identificar quando o paciente está em episódio

reacional, uma vez que faz parte de suas atribuições como profissional da APS. Segundo Ministério da Saúde cabe a todos os profissionais envolvidos na saúde da Atenção Primária, saber identificar sinais de episódios reacionais de hanseníase e, se possível, tratá-los. No caso da impossibilidade de tratamento, encaminhar os casos para um atendimento de qualidade no centro de referência, reabilitação ou outro serviço capacitado, a fim de tratá-los, orientá-los e direcioná-los (BRASIL, 2008b).

Tabela 10. Atendimento para episódios reacionais e disponibilidade de medicamentos na unidade de saúde. Vitória da Conquista/BA, 2015.

	N	%
ATENDIMENTO PARA EPISÓDIOS REACIONAIS		
Não	175	75,4
Sim	26	11,2
Ignorado	31	13,4
Total	232	100
PROFISSIONAIS CAPACITADOS PARA MANEJO DE EVENTOS REACIONAIS		
Não	166	71,9
Sim	28	12,1
Ignorado	38	16
Total	232	100
FLUXO PADRONIZADO PARA ATENDIMENTO DE EVENTOS REACIONAIS		
Não	174	75
Sim	18	7,8
Ignorado	40	17,2
Total	232	100
REGISTRO EM PRONTUÁRIOS DE EVENTOS REACIONAIS		
Não	139	60
Sim	44	19
Ignorado	49	21
Total	232	100
MEDICAÇÃO DISPONÍVEL NA FARMÁCIA/PQT		
Não	177	76,3
Sim	17	7,3
Ignorado	38	16,4
Total	232	100
MEDICAÇÃO DISPONÍVEL PARA EVENTOS REACIONAIS		
Não	164	70,7
Sim	25	10,8
Ignorado	43	18,5
Total	232	100

Fonte: IntegraHans.

Dando continuidade à tabela 10, observou-se que a maioria respondeu que não existia (76,3%) disponibilidade de medicamentos para o tratamento da Hanseníase (poliquimioterapia) e, de forma semelhante, para os eventos reacionais (70,7 %). Essa realidade, mais uma vez, reforça a necessidade da descentralização do atendimento das pessoas atingidas por hanseníase para a APS, visto que somente assim os pacientes terão

mais facilidade de acesso ao mesmo, facilitando, assim, seu tratamento. De acordo com o Ministério da Saúde, no Caderno 21 da Atenção Básica, os medicamentos devem estar disponíveis segundo a demanda de cada unidade, para a garantia do tratamento completo de seus pacientes (BRASIL, 2008b).

A classificação da hanseníase como problema de saúde pública pode ser encontrada na tabela 11. Houve um maior número de profissionais que achavam que essa patologia estava parcialmente sob controle (33,1 %). Quase a totalidade dos profissionais (97,4 %) respondeu que não tinha e nem havia tido Hanseníase assim como a maioria (71,5 %) respondeu que não conhecia algum familiar ou amigo que tivesse ou tenha tido a doença. Por fim, a maioria (59,5 %) respondeu que “sim/muito” em relação ao preconceito sofrido pelo paciente acometido por Hanseníase.

Tabela 11. Percepção do preconceito pelos profissionais a respeito da Hanseníase. Vitória da Conquista/BA, 2015.

	N	%
CLASSIFICAÇÃO DA HANSENÍASE COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA		
Não existe hanseníase no meu território	23	10
Totalmente sob controle	20	8,6
Parcialmente sob controle	77	33,1
Pouco sob controle	34	14,6
Fora do controle	16	7
Ignorado	62	26,7
Total	232	100
VOCÊ TEM OU JÁ TEVE HANSENÍASE		
Não	226	97,4
Sim	0	0
Ignorado	6	2,6
Total	232	100
CONHECE ALGUM FAMILIAR/AMIGO/CONHECIDO QUE TEM OU JÁ TEVE HANSENÍASE		
Não	166	71,5
Sim	63	27,2
Ignorado	3	1,3
Total	232	100
A PESSOA QUE TEM OU TEVE HANSENÍASE SOFRE DISCRIMICAÇÃO/PRECONCEITO		
Não	16	6,9
Sim, muito	138	59,5
Sim, mais ou menos	57	24,6
Sim, pouco	12	5,1
Ignorado	9	3,9
Total	232	100

Fonte: IntegraHans.

Essas respostas demonstram que ainda há dúvidas em relação ao estigma sofrido pelos pacientes. Portanto, isso revela a falta de convivência desses profissionais, em seu cotidiano,

com pessoas acometidas por Hanseníase. Afirmação corroborada por Pereira *et al.* (2008), que diz que os profissionais da saúde necessitam de aproximação com a realidade social e cultural dos seus pacientes, e que o seu estado físico não deve despertar sentimento de tristeza nem de piedade entre os profissionais, pois isso pode acarretar ainda mais o estigma que a pessoa já vivencia, muitas vezes, entre seus familiares e círculos de amizade.

Sobre esse estigma, Baialardi (2008) contribui definindo-o como uma maneira inadequada que as pessoas têm para identificar sinais físicos e comportamentais de outras. Sob esse aspecto, na Hanseníase, o estigma foi efetivo a partir do isolamento que os indivíduos foram obrigados a viver. Daí em diante, tal comportamento ainda permanece nos dias atuais. Portanto, muitas pessoas ainda preferem se esconder e ocultar os sinais provenientes da doença, por medo do preconceito e da rejeição (BAIALARDI, 2008).

4.2 AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE - ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Responderam ao questionário, 405 Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Os ACS que não responderam estavam em situações diversas como férias, licença, não se encontravam no momento da visita à Unidade, estavam de atestado médico ou não quiseram responder. Dentre os 405 ACS que participaram 249 (61,5 %) foram da zona urbana e 156 (38,5 %), da zona rural.

Como está demonstrado na tabela 12, a maior parte dos ACS (88,2 %) era do sexo feminino, o que foi igualmente observado, em estudo realizado por Alencar *et al.* (2012) sobre o trabalho comunitário do agente de saúde na Hanseníase nos estados do Maranhão, Pará, Tocantins e Piauí, em que 93 % dos ACS eram mulheres.

Sobre o grau de instrução, observou-se que 64,0 % dos ACS possuíam ensino médio completo. A maior parte (66,2 %) respondeu que não havia feito curso de aperfeiçoamento. Por outro lado, para curso de formação, observou-se resultado diferenciado, em que a maioria (86,4 %) já o havia realizado. A lei que regulamenta essa profissão exige o ensino fundamental como requisito mínimo para que os ACS exerçam sua profissão e obrigatoriedade de passar pelo curso de formação (qualificação), com carga horária de 400h (Corrêa, Pfeiffer e Lora, 2010).

Ainda na tabela 12, ao analisar o turno de trabalho, observou-se que os ACS trabalhavam no turno integral (96,3 %) e, em geral, sob regime estatutário nesse município (79,0 %). Situação já esperada, visto que, com a promulgação da Lei 11.350, de 05 de outubro de 2006, ficou estabelecido a forma de ingresso do ACS no serviço público, no âmbito do

SUS. Quanto a outro vínculo profissional, 88,2 % não o possuíam, resultado semelhante ao encontrado por Alencar *et al.* (2012) em sua pesquisa. Esses efeitos são positivos, haja vista que o vínculo desses profissionais está praticamente voltado para o trabalho na APS.

Tabela 12. Perfil dos agentes comunitários de saúde e sua formação profissional. Vitória da Conquista/BA, 2015.

	%	N
LOCALIZAÇÃO DA UBS		
Zona urbana	249	61,5
Zona rural	156	38,5
Total	405	100,0
SEXO		
Masculino	48	11,9
Feminino	357	88,2
Total	405	100,0
GRAU DE INSTRUÇÃO		
Analfabeta	0	0,0
1ª a 3ª série do ensino fundamental	3	0,7
4ª a 7ª série do ensino fundamental	7	1,7
Ensino fundamental completo	49	12,1
1º ou 2º ano do ensino médio	39	9,6
Ensino médio completo	259	64,0
Superior incompleto	29	7,2
Superior completo	19	4,7
Total	405	100,0
CURSO APERFEIÇOAMENTO		
Não	268	66,2
Curso técnico	120	29,6
Outro	17	4,2
Total	405	100,0
CURSO DE FORMAÇÃO		
Não	53	13,1
Sim	350	86,4
Ignorado	2	0,5
Total	405	100,0
TURNO DE TRABALHO		
Manhã	12	3,0
Tarde	3	0,7
Manhã/Tarde	390	96,3
Total	405	100,0
TIPO DE CONTRATO		
Estatutário	320	79,0
Celetista	18	4,4
Prestador de serviços	0	0,0
Outro	67	16,5
Total	405	100,0
OUTRO TRABALHO		
Não	357	88,2
Sim	44	10,9
Ignorado	4	1,0
Total	405	100,0

Fonte: IntegraHans.

Analisando a tabela 13, observou-se que as condições das unidades de saúde eram boas (52,6 %), para os ACS. Quanto aos serviços de apoio (era permitido escolher mais de uma opção nessa questão) o local para onde os ACS mais encaminhavam pacientes com hanseníase era o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) (74,6 %), seguidos do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (74,1 %) e do Serviço de Referência em Hanseníase (72,1 %). Para assegurar um atendimento de qualidade é necessário que os ACS, e os outros profissionais, tenham conhecimento das necessidades de cada paciente. Segundo Lana e Lanza (2011, p. 156), “[...] para um encaminhamento ser eficaz, é preciso que o profissional tenha conhecimento sobre o que referir, onde e como, além de um mecanismo funcionante de referência e contra referência [...]”.

A maior parte (89,1 %) dos participantes da pesquisa respondeu que não haviam abordado pessoas acometidas por hanseníase no último mês (Tabela 13). Da mesma forma, 81,5 % realizavam atendimento em hanseníase na Unidade. O Ministério da Saúde definiu, como uma das atribuições dos ACS, o acompanhamento e orientação dos usuários em tratamento quanto à necessidade de sua conclusão no tempo preconizado, e atenção aos prováveis sinais e sintomas de reações e efeitos adversos da medicação (farmacovigilância) (BRASIL, 2008b, p. 100). Pelas respostas obtidas nesta pesquisa, pode-se pensar que não existem casos diagnosticados de hanseníase nas respectivas microáreas ou então há desconhecimento, o que implica na falta de acompanhamento da Hanseníase por parte dos ACS.

Ainda na tabela 13, em relação as modalidades de atendimento realizadas (nessa questão era permitida escolher mais de uma opção) o diagnóstico clínico inicial (77,3 %) foi a modalidade mais escolhida pelos profissionais. Uma menor parte dos participantes do estudo fez exames de contato (26,4 %), cuidado para feridas (22,7 %) e acompanhamento de PQT (22,7 %). Sobre essa questão, o Ministério da Saúde definiu que “a equipe da Unidade Básica de Saúde deve realizar o tratamento para hanseníase como parte de sua rotina, seguindo esquema terapêutico padronizado de acordo com a classificação operacional” (BRASIL, 2008b, p. 87).

Tabela 13. Distribuição dos ACS segundo condições da unidade, serviços de apoio e atendimentos para Hanseníase na APS. Vitória da Conquista/BA, 2015.

CONDIÇÕES DA UNIDADE	N	%
Inexistente	68	16,8
Muito ruim	40	9,9
Ruim	66	16,3
Boa	213	52,6
Muito boa	18	4,4
Total	405	100,0
SERVIÇOS DE APOIO		
Hospital geral	247	61,0
Hospital especializado geral	108	26,7
Serviço de referência em Hanseníase	292	72,1
Serviço de referência em reabilitação	198	48,9
Serviços ambulatoriais de especialidades	163	40,3
Ambulância para transporte de pacientes	86	21,2
Núcleo de Apoio à Saúde da Família	300	74,1
Centro de Atenção Psicossocial	302	74,6
Centro Comunitário	40	9,8
Academia da Saúde	16	4,0
Ponto de Telessaúde	11	2,7
Outros	1	4,0
REALIZOU ABORDAGEM A PESSOAS COM HANSENÍASE NO ÚLTIMOMÊS		
Não	361	89,1
Sim, pessoa com 15 anos ou mais	19	4,7
Sim, pessoa com menos de 15 anos	6	1,5
Sim, pessoas de todas as idades	13	3,2
Ignorado	6	1,5
Total	405	100,0
REALIZAÇÃO DE ATENDIMENTO PARA HANSENÍASE NA UBS		
Não realiza	75	18,5
Realiza	330	81,5
MODALIDADES DE ATENDIMENTO		
Diagnóstico clínico inicial	313	77,3
Confirmação diagnóstica	39	9,6
Disponibilização de PQT	13	3,2
Acompanhamento de PQT	92	22,7
Exame de contatos	107	26,4
Diagnóstico de estados reacionais	12	3,0
Acompanhamento de reações	51	12,6
Atenção fisioterápica	22	5,4
Reabilitação física	11	2,7
Cuidado para feridas	100	24,7
Terapia ocupacional	8	2,0
Abordagem psicológica	79	19,5
Atenção nutricional	70	17,3
Assistência social	9	2,2
Assistência farmacêutica	51	12,6
Outros	3	0,7

Fonte: IntegraHans.

A tabela 14 revelou que a maior parte dos ACS já havia recebido capacitação em Hanseníase neste Município (75,6 %). Alencar e colaboradores (2012) também encontraram resultado semelhante, em que a maioria dos ACS havia recebido capacitação (53,2 %). Dentre as modalidades da capacitação, grande parte foi em ações básicas em Hanseníase (60,7 %),

assim como a de capacitação para acompanhamento de episódios reacionais (70,9%). Em relação aos casos de Hanseníase em uso de PQT atualmente, 70,9 % dos agentes responderam “não”. Ainda segundo Alencar *et al.* (2012, p.9):

As capacitações são fundamentais para um melhor desempenho de suas atividades, a preocupação em ter mais capacitações mostra que mesmo tendo, são insuficientes frente à demanda dos ACS, os quais são constantemente cobrados pela comunidade frente aos problemas que lhes apresentam.

Tabela 14. Distribuição dos ACS segundo a capacitação em hanseníase, cursos de aperfeiçoamento e acompanhamento de casos. Vitória da Conquista/BA, 2015.

	N	%
CAPACITAÇÃO EM HANSENÍASE		
Não	87	21,5
Sim, neste município	306	75,6
Sim, em outros municípios	5	1,2
Sim, em outro Estado	2	0,5
Ignorado	5	1,2
Total	405	100,0
MODALIDADES DE CURSO/CAPACITAÇÕES		
Ações básicas em hanseníase	246	60,7
Autocuidado	59	14,6
Comunicação/Informação em saúde	119	29,4
Educação em saúde	60	14,8
Outros	11	2,7
CAPACITAÇÃO EM ACOMPANHAMENTO DE EPISÓDIOS REACIONAIS		
Não	287	70,9
Sim	80	19,8
Ignorado	38	9,4
Total	405	100,0
CASOS DE HANSENÍASE EM PQT ATUALMENTE		
Não	311	76,8
Sim	67	16,5
Ignorado	27	6,7
Total	405	100,0

Fonte: IntegraHans.

Com esses resultados, percebe-se uma fragilidade nas ações de controle da Hanseníase. O fato de o maior número de ACS ter respondido não haver casos desse agravo em sua área, revelou desconhecimento sobre seu território em relação à doença. A OMS enfatiza que a capacitação profissional e a supervisão técnica regular são essenciais para oferecer à população uma atenção de qualidade à Hanseníase (WHO, 2010b).

Na pesquisa realizada por Lana e Lanza (2011), resultado semelhante foi relatado quanto à baixa qualificação dos ACS para a realização das Ações de Controle da Hanseníase (ACH).

A Portaria 3.125/2010 corrobora que “a educação permanente em saúde, ao proporcionar a formação dos profissionais de saúde, gestores e usuários, é uma estratégia essencial à atenção integral humanizada e de qualidade, ao fortalecimento do SUS e à garantia de direitos e da cidadania” (BRASIL, 2010b, p. 26).

A tabela 15 expõe que a maior parte dos ACS dava apoio para a realização de exames de contatos nos domicílios (75,1 %) e realizavam suspeita de casos de Hanseníase (57,3 %). Não obstante, não realizavam acompanhamento dos casos (77 %). Diferentemente, na pesquisa de Alencar e colaboradores (2012), em que 87,1 % dos ACS referiram fazer acompanhamento dos casos.

Tabela 15. Distribuição dos ACS segundo as ações desenvolvidas para a Hanseníase, Vitória da Conquista/BA, 2015.

	N	%
APOIO NA REALIZAÇÃO DE EXAME DE CONTATOS NOS DOMICÍLIOS		
Não	75	18,5
Sim	304	75,1
Ignorado	26	6,4
Total	405	100,0
REALIZAÇÃO DE SUSPEITA DE HANSENÍASE		
Não	153	37,8
Sim	232	57,3
Ignorado	20	4,9
Total	405	100,0
REALIZAÇÃO DE ACOMPANHAMENTO DOS CASOS		
Não	312	77,0
Sim	82	20,3
Ignorado	11	2,7
Total	405	100,0
REALIZAÇÃO DE ABORDAGEM DE CONTATOS DOS CASOS		
Não	251	62,0
Sim	146	36,1
Ignorado	8	2,0
Total	405	100,0
ENCAMINHAMENTO PARA BCG		
Não	161	39,8
Sim	205	50,6
Ignorado	39	9,6
Total	405	100,0
REALIZAÇÃO DE VISITA DOMICILIAR PARA BUSCA DE CONTATOS		
Não	100	24,7
Sim	286	70,6
Ignorado	19	4,7
Total	405	100,0
REALIZAÇÃO DE ACOLHIMENTO DOS CONTATOS		
Não	183	45,2
Sim	189	46,7
Ignorado	33	8,2
Total	405	100,0
ACOMPANHAMENTO DE CASOS COM EPISÓDIOS REACIONAIS		
Não	350	86,4
Sim	34	8,4
Ignorado	21	5,2
Total	405	100,0

Fonte: IntegraHans.

Segundo o Ministério da Saúde, uma das funções do ACS é realizar uma visita domiciliar por mês ao usuário com Hanseníase e sua família, e estimular autocuidados e autoexame, de acordo com a programação da equipe, utilizando a ficha B-HAN do SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica). Portanto, o não acompanhamento dos casos fragiliza a ACH, pois o contato do ACS com essas pessoas em tratamento é de grande importância para a continuidade do mesmo, além de ensinar o autocuidado bem como o autoexame, conforme orienta a Portaria 3.125 (BRASIL, 2008b).

Ainda na tabela 15, a maior parte não realizava abordagem de contato dos casos (62 %). Entretanto, faziam encaminhamento para BCG (50,6 %) e visita domiciliar para busca de contatos (70,6 %). Em relação ao acolhimento de contatos, houve um equilíbrio de respostas entre o “não” (45,2 %) e o “sim” (46,7 %). Já na atividade de acompanhamento de casos em episódios reacionais, a maior parte revelou que não o realizava (86,4 %). Todas essas atividades fazem parte das competências dos ACS, porém, mesmo após terem sido capacitados, ainda era pequeno o número de pessoas que as realizavam, talvez por ainda necessitarem de maior capacitação para o exercício de suas competências. As capacitações devem fazer parte de uma rotina estruturada pela gestão com a APS, de modo que os profissionais se sintam capazes para o acompanhamento desses pacientes.

A tabela 16 apresenta a percentagem de realização das atividades educativas e utilização de materiais educativos para a Hanseníase. A maioria realizava ações educativas na UBS (58,0 %) e no território (52,8 %). No entanto, a maior parte dos ACS disse que não realizava grupos de apoio às pessoas com Hanseníase (89,1 %) e nem atividades de matriciamento com o NASF para Hanseníase (61,5 %).

Nesse sentido, para Starfield (2002), é importante lembrar que realizar uma atenção voltada para a comunidade, depende do grau de integralidade das ações e do conhecimento de suas necessidades.

Sobre a importância da educação em saúde na comunidade, em especial, sobre a hanseníase, Lanza e Lana (2011), contribuem dizendo:

A sustentação das ações de sensibilização da comunidade é fundamental para alcançar o controle efetivo da doença em função do longo período de incubação da hanseníase, já que a realização das ações educativas tem como objetivo aumentar a auto-suspeição, a detecção de casos e a divulgação dos serviços de saúde [...] (LANZA; LANA, 2011, p. 241).

Tabela 16. Realização de atividades educativas e a utilização de materiais educativos para a Hanseníase, Vitória da Conquista/BA, 2015.

	N	%
REALIZAÇÃO DE AÇÕES EDUCATIVAS NA UBS		
Não	156	38,5
Sim	235	58,0
Ignorado	14	3,5
Total	405	100,0
REALIZAÇÃO DE AÇÕES EDUCATIVAS NO TERRITÓRIO		
Não	171	42,2
Sim	214	52,8
Ignorado	20	4,9
Total	405	100,0
UTILIZAÇÃO DE MATERIAL EDUCATIVO NA UBS		
Não	156	38,5
Sim	237	58,5
Ignorado	12	3,0
Total	405	100,0
UTILIZAÇÃO DE MATERIAL EDUCATIVO NO TERRITÓRIO		
Não	181	44,7
Sim	206	50,9
Ignorado	18	4,4
Total	405	100,0
UTILIZAÇÃO DE MATERIAL AUDIOVISUAL		
Não	338	83,5
Sim	54	13,3
Ignorado	13	3,2
Total	405	100,0
REALIZAÇÃO DE GRUPOS PARA PESSOAS COM HANSENÍASE		
Não	361	89,1
Sim	34	8,4
Ignorado	10	2,5
Total	405	100,0
REALIZAÇÃO DE ATIVIDADES DE MATRICIAMENTO COM NASF PARA HANSENÍASE		
Não tem acesso ao NASF	120	29,6
Não	249	61,5
Sim	18	4,4
Ignorado	18	4,4
Total	405	100,0

Fonte: IntegraHans.

O Ministério da Saúde no Caderno 21, da Atenção Básica, define tanto para os ACS quanto para os outros profissionais: “Desenvolver ações educativas e de mobilização envolvendo a comunidade e equipamentos sociais (escolas, conselhos de saúde, associações de moradores, etc.), relativas à importância do autoexame; ao controle da hanseníase e combate ao estigma.” (BRASIL, 2008b, p. 102).

Na tabela 17, percebeu-se que o acesso ao Caderno 21, da Atenção Básica na UBS, era praticamente inexistente, pois quase a totalidade dos ACS disse que não o possuía (90,4 %). Situação semelhante ocorreu no acesso à Portaria 3.125 (87,7 %), preenchimento da ficha de contatos (87,4 %) e o fluxo padronizado para atendimento de casos com reações (81 %). Esses

instrumentos são de grande importância para que os ACS tenham conhecimento das suas funções e procedimentos necessários ao preenchimento de informações durante suas visitas domiciliares. Alencar *et al.* (2012) também mostraram que os ACS faziam pouco uso desses instrumentos e que os mesmos eram insuficientemente orientados quanto à importância desses procedimentos.

Tabela 17. Acesso e utilização de materiais sobre a hanseníase na APS, Vitória da Conquista/BA, 2016.

	N	%
ACESSO AO CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA 21 NA UBS		
Não	366	90,4
Sim	11	2,7
Ignorado	28	6,9
Total	405	100,0
ACESSO A PORTARIA 3.125 NA UBS		
Não	355	87,7
Sim	7	1,7
Ignorado	43	10,6
Total	405	100,0
PREENCHIMENTO DE FICHA ESPECÍFICA DE CONTATOS		
Não	354	87,4
Sim	39	9,6
Ignorado	12	3,0
Total	405	100,0
FLUXO PADRONIZADO PARA ATENDIMENTO DE CASOS COM REAÇÕES		
Não	328	81,0
Sim	27	6,7
Ignorado	50	12,4
Total	405	100,0

Fonte: IntegraHans.

Em outro estudo realizado por Lana e Lanza (2011), também ficou evidente a pouca utilização das cartilhas do MS para instrumentalizar a realização das visitas domiciliares sobre a Hanseníase e preenchimento de dados sobre pessoas com Hanseníase no campo específico, a cada visita, de forma a mantê-la atualizada.

Como pode ser visto na tabela 18, não houve, segundo os ACS, disponibilidade de medicamentos para o tratamento da Hanseníase (PQT) na UBS (81,2 %). No entanto, sobre a existência de medicamentos para episódios reacionais, houve diferença entre as respostas, não (48,6 %) e sim (37,0 %), apesar de pouco expressiva. Os resultados revelaram que a APS ainda não está exercendo seu papel primordial, que é ser porta de entrada do sistema para o atendimento inicial dos episódios reacionais da Hanseníase. Essa doença, quando não diagnosticada precocemente e tratada de forma adequada, pode desencadear incapacidades, muitas vezes, irreversíveis (BRASIL, 2010b). De acordo com o Ministério da Saúde, no

Caderno 21, da Atenção Básica, os medicamentos devem estar disponíveis segundo a demanda de cada unidade, para a garantia do tratamento completo de seus pacientes (BRASIL, 2008b).

Tabela 18. Disponibilidade de medicamentos na APS, vitória da Conquista/BA, 2015.

	N	%
EXISTÊNCIA DE MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO (PQT) NA UBS		
Não	329	81,2
Sim	29	7,2
Ignorado	47	11,6
Total	405	100,0
EXISTÊNCIA DE MEDICAMENTOS PARA EPISÓDIOS REACIONAIS NA UBS		
Não	197	48,6
Sim	150	37,0
Ignorado	58	14,3
Total	405	100,0

Fonte: IntegraHans.

A análise da tabela 19 mostra que, sobre a classificação da Hanseníase como problema de saúde no território, houve grande número de pessoas que responderam não ter casos de Hanseníase em seu território (33,3 %), enquanto outros responderam que a doença está parcialmente sob controle em seu território (29,4 %). Essas respostas podem estar relacionadas à falta de conhecimento da realidade desse território, ou mesmo, controle de casos na micro área.

Ainda na tabela 19, ao questionar se o próprio indivíduo já havia tido Hanseníase, a quase totalidade dos participantes afirmou que não (97,3 %). Por fim, a respeito da sua percepção em relação à discriminação sofrida pelas pessoas acometidas pela Hanseníase, a maior parte respondeu “sim, muito” (44,4 %).

É interessante conceituar a palavra “estigma” que, segundo Baialardi (2008), é uma palavra grega, usada para identificar e evidenciar sinais físicos e comportamentais inadequados das características esperadas pela comunidade. Assim, na Hanseníase, o estigma foi efetivo, devido ao isolamento social imposto aos pacientes, e que contemporaneamente se mantém pelo preconceito sofrido pelos mesmos, que preferem ocultar os sinais provenientes da doença, por medo da rejeição.

A falta de conhecimento a cerca dessa doença é o principal fator contribuinte para a disseminação do estigma. Para elucidar melhor esse preconceito, tem-se o relato de uma pessoa acometida pela Hanseníase, Francisco Augusto Vieira Nunes, mais conhecido como Bacurau, que foi morar num leprosário no Acre em 1957.

Tabela 19. Percepção dos profissionais frente à Hanseníase, Vitória da Conquista/BA, 2015.

	N	%
CLASSIFICAÇÃO DA HANSENÍASE COMO PROBLEMA DE SAÚDE NO TERRITÓRIO		
Não existe hanseníase no meu território	135	33,3
Totalmente sob controle	71	17,5
Parcialmente sob controle	119	29,4
Pouco sob controle	27	6,7
Fora de controle	4	1,0
Ignorado	49	12,1
Total	405	100,0
ACOMENTAMENTO INDIVIDUAL POR HANSENÍASE		
Não	394	97,3
Sim	9	2,2
Ignorado	2	0,5
Total	405	100,0
CONHECIMENTO DE FAMILIAR/AMIGO/CONHECIDO QUE TEM OU TEVE HANSENÍASE		
Não	187	46,2
Sim	213	52,6
Ignorado	5	1,2
Total	405	100,0
PERCEPÇÃO SOBRE DISCRIMINAÇÃO/PRECONCEITO QUE SOFRE A PESSOA COM HANSENÍASE		
Não	65	16,1
Sim, muito	180	44,4
Sim, mais ou menos	104	25,7
Sim, pouco	44	10,9
Ignorado	12	3,0
Total	405	100,0

Fonte: IntegraHans.

[...] Assim sendo, contrair a Hanseníase, por exemplo, não é apenas – mesmo que afirmemos o contrário – contrair uma doença que agride os nossos nervos periféricos; mas, ‘contraímos’ também uma nova identidade que, não raro, é muito pior que a doença em si: essa alteração de identidade não tem cura. Ser tuberculoso, ser hanseniano ou leproso, ser aidético é, com certeza, muito pior que estar com tuberculose, com Hanseníase ou com Aids. Quando se diz: ‘Fulano é leproso’, está se atribuindo a ele um estado permanente – ele é. Não se compara com: ‘Fulano está com Hanseníase’, a quem se atribui um estado passageiro – ele está. Essas identidades cujos cartórios de registro são, muitas vezes, o próprio consultório médico ou os eventos técnicos de saúde, não atingem apenas a nossa parte física, é claro, mas a totalidade do nosso ser [...] (NUNES, 1993, p. 1).

Com essas palavras, Francisco Augusto (Bacurau) quer chamar a sociedade para uma reflexão sobre a necessidade de desconstruir o preconceito que ainda configura a Hanseníase, e resgatar a identidade que cada um traz consigo e não o estigma que a pessoa adquire com a doença.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo desse estudo, foi observado que o atendimento às pessoas acometidas por Hanseníase na APS do município de Vitória da Conquista/BA, necessita de adequações e mudanças, para que o mesmo seja oferecido de acordo com os princípios do SUS. Para que a APS esteja fortemente orientada para a realização das ACH, é preciso que exerça, de fato, o papel de ordenadora do cuidado, de modo que as ações de vigilância epidemiológica sejam fortalecidas e que haja promoção da saúde com base na educação permanente e assistência integral aos padrões deste agravo. É essencial que o município atenda às necessidades de desenvolvimento de propostas norteadas pelo princípio de descentralização no Sistema Único de Saúde (SUS), fortalecendo e instrumentalizando as ações de nível local.

Nesse município, a fragilidade na rede da APS para o atendimento dessa patologia ficou evidente, por exemplo, com o fato de que a maioria dos profissionais não atendeu pessoas com Hanseníase no último mês (da data da pesquisa), não possuía casos em tratamento com PQT, como também não realizou abordagem de contatos.

Da mesma forma, a maior parte dos ACS não realizou abordagem a pessoas com Hanseníase no último mês (da data da pesquisa), não teve capacitação em acompanhamento de episódios reacionais bem como não possuía casos em poliquimioterapia.

De acordo com os resultados do estudo, recomenda-se que o município:

- Descentralize o serviço de atendimento a pessoas com hanseníase para a APS, pois assim estará garantindo os benefícios do princípio da descentralização do SUS;
- Incentive a formação dos ACS;
- Atualize os ACS e os profissionais de saúde em relação aos pontos da rede existentes, pois muitos profissionais ainda não conhecem os locais para onde encaminhar o paciente e, muitas vezes, isso o impede de ter um atendimento eficaz para esse agravo;
- Promova capacitação de todos os profissionais da APS com enfoque em Hanseníase, quanto mais profissionais conhecerem essa patologia, mais fácil será promover suas ações de controle considerando sua importância para a saúde pública brasileira;
- Disponibilize material educativo em hanseníase para a APS, pois a informação deve contemplar todas as pessoas, desde aquelas atingidas, os contatos e toda a comunidade, afim do diagnóstico precoce, tratamento adequado e o fim do preconceito que ainda existe para esse agravo;

- Disponibilize protocolo para abordagem inicial e seguimento de contatos domiciliares de hanseníase, esses materiais são necessários para que os profissionais façam seus registros e dê continuidade nas investigações, em hanseníase;
- Disponibilize material audiovisual sobre hanseníase para a APS, pois além de ser muito educativo, esse material serve para elucidar melhor a respeito dessa doença;
- Disponibilize o Caderno De Atenção Básica para as UBS e a Portaria nº 3.125 a todos os profissionais de saúde nas UBS, essas normativas são essenciais ao conhecimento da hanseníase desde o diagnóstico inicial até o acompanhamento nos pós alta;
- Incentive a discussão dos casos entre os ACS e profissionais das UBS, para que estes profissionais consigam realizar de forma ordenada suas atribuições;
- Incentive a discussão com o NASF sobre atividades de matriciamento específicas para hanseníase, a serem realizadas com as ESF, pois estes profissionais podem contribuir, de forma multiprofissional, para um atendimento de qualidade;
- Implante uma equipe de supervisão das equipes de APS no manejo do usuário com hanseníase, bem como de um protocolo para o atendimento;
- Consolide o sistema de referência e contra referência e implantação de parâmetros para encaminhamento dos casos para especialistas;
- Realize de uma atenção voltada ao usuário, à família e à comunidade, componentes que são primordiais para a qualificação da assistência prestada na APS.

A ampliação e implantação do elenco, visando a descentralização das ações, devem ser realizadas nos serviços da APS para que o acompanhamento do usuário em tratamento da Hanseníase e dos estados reacionais, bem como dos seus contatos, possa alcançar a melhoria da qualidade da assistência e o controle desse agravo, pois, para o usuário, este deve ser o primeiro local de escolha para a busca do seu tratamento.

Ainda há muito que fazer em relação à Hanseníase no município de Vitória da Conquista, assim como em vários municípios brasileiros. Entretanto, nesse contexto, a articulação da gestão com os conflitos existentes é o caminho para que o atendimento seja realizado de forma integral e de qualidade.

Assim, este estudo pretende contribuir para o redimensionamento do atendimento das pessoas atingidas por Hanseníase na APS do município estudado, bem como fomentar as discussões relacionadas às estratégias para melhoria desses serviços, com vistas ao controle desse agravo e garantia do seu direito à saúde.

REFERÊNCIAS

- ALENCAR, C. H. M.; BARBOSA, J. C.; RAMOS Jr., A. N.; ALENCAR, M. J. F.; PONTES, R. J. S.; CASTRO, C. G. J.; HEUKELBACH, J. Hanseníase no município de Fortaleza, CE, Brasil: aspectos epidemiológicos e operacionais em menores de 15 anos (1995-2006). **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. spe, nov. 2008.
- ALENCAR, O.M.; HEUKELBACH, J.; PEREIRA, T.M.; BARBOSA, J.C. Trabalho do agente comunitário de saúde no controle da hanseníase. **Revista Rene**, v. 13, n. 1, p. 103-13, 2012.
- ALFRADIQUE, M. E.; BONOLO, P. F.; DOURADO, I.; LIMA-COSTA, M. F.; MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S.; OLIVEIRA, V. B.; SAMPAIO, L. F. R.; SIMONE, C.; TURCI, M. A. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1337-1349, jun. 2009.
- AMARAL, E.P.; LANA, F.C.F. Análise espacial da hanseníase na microrregião de Almenara, MG, Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem – REBEn**, Brasília, v. 61, n. esp., p. 701-707, 2008.
- ARANTES, C.K.; GARCIA, M.L.R.; FILIPE, M. S.; NARDI, S. M. T.; PASCHOAL, V.D. Avaliação dos serviços de saúde em relação ao diagnóstico precoce da hanseníase. **Epidemiologia Serv. Saúde**, Brasília, v. 19, n. 2, p. 155-164, abr./jun. 2010.
- ARAÚJO, I. S. de; MOREIRA, A. de L.; AGUIAR, R. Doenças negligenciadas, comunicação negligenciada. Apontamentos para uma pauta política e de pesquisa. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 4, 2013. Disponível em: <<http://arca.icict.fiocruz.br/handle/icict/9660>>. Acesso em: 15 abr. 2015.
- BAIALARDI, K. S. O estigma da hanseníase: relato de uma experiência em grupo com pessoas portadoras. **Hansen Int.**, v. 32, n. 1, p. 27-36, 2007. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=492486&indexSearc>>. Acesso em: 15 abr. 2015.
- BARBOSA, J. C. **Pós-alta em hanseníase no Ceará**: olhares sobre políticas, rede de atenção à saúde, limitação funcional, de atividades e participação social das pessoas atingidas. São Paulo, SP: 2009.
- BRASIL. **Constituição Federal**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 5 out. 1988.
- _____. **Lei 8.080**, 19 de setembro de 1990, Lei Orgânica da Saúde. Diário Oficial da União, Brasília 20 set. 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 10 maio 2015.
- _____. **Portaria nº 814/GM** de 22 de julho de 1993.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS):** princípios e conquistas. Brasília, DF: 2000a. 44p.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 817/GM**, em 26 de julho de 2000. Instruções normativas destinadas a orientar o desenvolvimento das ações de controle e de eliminação da Hanseníase em todo o território nacional. Brasília, DF: 2000b.

_____. **Norma Operacional de Assistência à Saúde 01**. Brasília, DF: 2002a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Guia para o controle da Hanseníase**. Brasília, DF: 2002b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 372 p.: il. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Hanseníase e direitos humanos: direitos e deveres dos usuários do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose. **Cadernos de Atenção Básica**, Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2. ed., n.21, 2008b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Hanseníase. **Boletim Epidemiológico da Hanseníase**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008c.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 154** de 24 de janeiro de 2008. Brasília: Ministério da Saúde, 2008d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Portaria Conjunta nº 125**, de 26 de março de 2009. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2009/poc0125_26_03_2009.html>. Acesso em: 15 abr. 2015.

_____. **Portaria nº 2.843**, de 20 setembro de 2010a

_____. **Portaria nº 3.125**, de 7 de outubro de 2010b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Doenças Transmissíveis. **Plano integrado de ações estratégicas de eliminação da hanseníase, filariose, esquistossomose e oncocercose como problema de saúde pública, tracoma como causa de cegueira e controle das geohelmintíases: plano de ação 2011-2015**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Portaria da Saúde. DAB. **Histórico de cobertura da saúde da família**. Mar. 2015. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em: 21 mar. 2015.

BÜHRER-SÉKULA, S. Sorologia PGL-I na hanseníase. **Rev Soc Bras Med Trop.**, n. 41, p.

3-5, 2008.

DALLARI, D. de A. Ética sanitária. In: ARANHA, M. I. (Org.). **Direito sanitário e saúde pública**. Brasília: Ministério da Saúde, v. 2, p. 65-86, 2003.

DALLARI, S. G.; NUNES JUNIOR, V. S. **Direito sanitário**. 1. ed. Rio de Janeiro: Verbatim, 2010.

ESCOREL, S.; GIOVANELLA, M. H.; MENDONÇA, M.; SENNA, M. C. M. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health**, v. 21, n. 2, 2007. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v21n2-3/11.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2015.

FARIA, D. R.; RIBEIRO, H. S.; AMARAL, K.V.A.; MOURA, W.C.N. Avaliação de contatos de hanseníase. **Revista Panorâmica**, Barra do Garças, MT, v. 14, p. 35-46, jul. 2013.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 783-794, Jun. 2009. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000300014>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Cidades. **Contagem da população**. 2013.

LANZA, F. M.; LANA, F.C. F. O processo de trabalho em hanseníase: tecnologias e atuação da equipe de saúde da família. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. esp., p. 238-46, 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. 310 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 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, 2011.

MARSIGLIA, R. M. G. **Integralidade e atenção primária em saúde**: avaliação da organização do processo de trabalho em unidades de saúde da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. São Paulo, 2008. Disponível em: <[http://www.cealag.com.br/Trabalhos/INTEGRALIDADE %20E %20ATEN %C3 %87 %C3 %83O %20PRIM %C3 %81RIA %20EM %20SA %C3 %9ADE/Relat %C3 %B3rio.pdf](http://www.cealag.com.br/Trabalhos/INTEGRALIDADE%20E%20ATEN%C3%87%C3%83O%20PRIM%C3%81RIA%20EM%20SA%C3%9ADE/Relat%C3%B3rio.pdf)>. Acesso em: 10 jan. 2016.

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, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/08.pdf>>. Acesso em: 5 fev. 2016.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.549p. ISBN: 978-85-7967-075-6.

NARDI, S.M.T. Reabilitação: a busca da funcionalidade plena. **Cad. Morhan**, p. 15, nov. 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/caderno_morhan_nov_2006.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2016.

NUNES, F. A. V. Leproso: uma identidade perversa. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE HANSENÍASE, 1993. **Apresentação de trabalho**. Flórida (USA), 1993.

OLIVEIRA, F. M. de. **Perfil sérico de estresse oxidativo, antioxidantes e micronutrientes em pacientes com hanseníase**. Araraquara (SP): 2012

OLIVEIRA, M. V.; ASSIS, R. D. de C.; SILVA, C. C. K. **Levantamento epidemiológico da hanseníase no nordeste brasileiro durante o período de 2001-2010**. 2013. Disponível em: <[file:///C:/Users/Ronne/Downloads/510-1585-3-PB %20\(5\).pdf](file:///C:/Users/Ronne/Downloads/510-1585-3-PB%20(5).pdf)>. Acesso em: 10 abr. 2015.

ORDACGY, A. da S. **A tutela de direito de saúde como um direito fundamental do cidadão**. 2007. Disponível em: <http://www.dpu.gov.br/pdf/artigos/artigo_saude_andre.pdf>. Acesso em: 18 maio 2015.

PEREIRA, A. J.; HELENE, L. M. F.; PEDRAZINI, E. S.; MARTINS, C. L.; VIEIRA, C. S. C. A. Atenção básica de saúde e a assistência em hanseníase em serviços de saúde de um município do Estado de São Paulo. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 61, n. esp., p. 718-26, 2008.

PRETEL, M. **O direito constitucional da saúde e o dever do Estado de fornecer medicamentos e tratamentos**. 2010. Disponível em: <<http://www.oabsp.org.br/subs/santoanastacio/institucional/artigos/O-direito-constitucional-da-saude-e-o-dever-do>>. Acesso em: 18 maio 2015.

SAVASSI, L. C. M. **Hanseníase: políticas públicas e qualidade de vida de pacientes e seus cuidadores**. Belo Horizonte: Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Fiocruz, 2010.

SOUZA, W. de. **Doenças negligenciadas**. Rio de Janeiro: Academia Brasileira de Ciências, 2010.

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

VIRMOND, M. da C. L. Em torno do conceito de doenças negligenciadas. **Salusvita**, v. 30, n. 2, 2011. Disponível em: <http://www.usc.br/biblioteca/salusvita/salusvita_v30_n2_2011_editorial.pdf>. Acesso em: 22 maio 2015.

VITÓRIA DA CONQUISTA (Município). Secretaria Municipal de Saúde. **Boletim Epidemiológico da Hanseníase – 2013**. Vitória da Conquista, 2014a.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde**. Quadriênio 2011 a 2015. Vitória da Conquista: PM/SMS, 2014b.

WERNECK, G. L.; HASSELMANN, M. H.; GOUVEA, T. G. Panorama dos estudos sobre nutrição e doenças negligenciadas no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n.

1, p. 39-62, jan. 2011. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000100009>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO)** – 1946. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso: 5 mar. 2015.

_____. **Boletim Epidemiológico**, de 27 agosto de 2010a.

_____. **Estratégia global aprimorada para redução adicional da carga da hanseníase: 2011-2015: diretrizes operacionais (atualizadas)**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; Organização Mundial da Saúde, 2010b. 70 p.

_____. **Taxa de prevalência da hanseníase no mundo em 2011**. Disponível em: <www.paho.org>. Acesso em: 30 mar. 2015.

_____. **Weekly epidemiological record**. 89th year, n. 36, p. 389-400, 5 Sept. 2014. Disponível em: <<http://www.who.int/wer>>. Acesso em: 20 maio 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Dados de identificação

Título do projeto: Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde de pessoas acometidas por hanseníase no município de Vitória da Conquista, BA.

Pesquisadores responsáveis: Prof.^a Dra. Maria de Fátima Ramos Moreira, Prof.^a Dra. Danielle Souto de Medeiros e a mestranda Cláudia Farias Brito Gusmão.

Instituição: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca / Fundação Oswaldo Cruz

Telefones para contato: (77) 8115-0787 / (21) 2598-2821

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “**AValiaÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE PESSOAS ACOMETIDAS POR HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA DA CONQUISTA, BA**”, desenvolvida pela Prof.^a Dra. Maria de Fátima Ramos Moreira pesquisadora da ENSP/FIOCRUZ, Prof.^a Dra. Danielle Souto de Medeiros pesquisadora da UFBA e pela mestranda Cláudia Farias Brito Gusmão, aluna da ENSP/FIOCRUZ.

Este estudo está sendo desenvolvido com o objetivo de avaliar a qualidade da atenção primária à saúde de pessoas acometidas por hanseníase no município de Vitória da Conquista – Bahia. As informações coletadas servirão para caracterizar a qualidade dos serviços prestados dos profissionais aos pacientes acometidos por hanseníase em todas as Unidades de Saúde da Atenção Primária do município e poderá ser capaz de formular políticas dirigidas para melhoria do atendimento e da utilização dos serviços de saúde pública, principalmente no tocante a qualidade dos serviços prestados a essa população, visando o fortalecimento e a eficiência do serviço ofertado.

Este termo de consentimento lhe dará informações sobre o estudo. O entrevistador conversará com você sobre o estudo e esclarecerá qualquer dúvida que tenha. Após você ter entendido o estudo, e caso resolva participar do mesmo, solicitaremos que você assine o termo de consentimento. Você receberá também uma cópia para guardar. No entanto, sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento, sem nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. Contudo, sua participação é muito importante, pois contribuirá para melhor

compreensão de um serviço de saúde ofertado para sua Unidade de Saúde.

As informações prestadas por você serão confidenciais e privadas. Na divulgação dos resultados da pesquisa, qualquer dado que possa identificá-lo será omitido, porque seu nome será transformado em código e o seu nome não vai aparecer em nenhum lugar. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar informações ao pesquisador sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder perguntas de um questionário que deverá levar em torno de 15 minutos. Os questionários serão tabulados e armazenados, em arquivos digitais, mas somente terá acesso aos mesmos os pesquisadores. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP.

Os benefícios relacionados com a sua colaboração nesta pesquisa incluem uma melhor compreensão de como está a qualidade e capacitação dos profissionais das unidades de saúde em relação ao atendimento a pessoas acometidas por hanseníase no município de Vitória da conquista, BA, saber a opinião sobre o serviço de saúde que são oferecidos e com isso, colaborar para modificação dos mesmos. Em geral, este estudo não oferece risco para você, porque as perguntas que serão feitas durante a aplicação do questionário não ocasionará nenhum constrangimento.

Este Termo foi redigido em duas vias, uma para você e outra para o pesquisador, sendo que ambos devem assinar na última página.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca / FIOCRUZ

Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Tel / Fax: 2598-2863 - e-mail: cep@ensp.fiocruz.br - <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>.

Contato com o pesquisador responsável:

Cláudia Farias Brito Gusmão – Serviço Municipal de Tisiologia e Dermatologia Sanitária

Rua Paulo Filadelfo, 1185, casa 01– CEP: 45028-355

Candeias- Vitória da Conquista – Bahia

Telefone: (77) 8115-0787– e-mail: caufar@hotmail.com

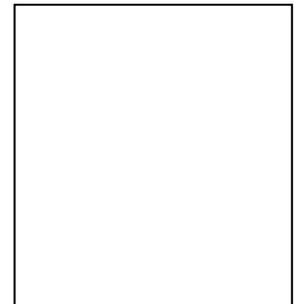
Assinatura Pesquisador Responsável

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Nome do Participante:

Vitória da Conquista, ____ de _____ de ____.

Assinatura Participante da Pesquisa



Polegar direito

APÊNDICE B - Modelo de questionário perfil profissional ACS



INSTRUMENTO 18 - PERFIL PROFISSIONAL ACS – UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE ESTRUTURA DE UNIDADES DE SAÚDE

PROJETO INTEGRA-HANS NORTE & NORDESTE

Número da Unidade de Saúde: _____

CNES da Unidade de Saúde: _____

Pesquisador: _____ Data da Coleta: _____

Revisor: _____ Data da Revisão: _____

Instruções: o presente instrumento deve ser preenchido preferencialmente pelo próprio profissional de saúde. NÃO há necessidade de identificação do instrumento

ITEM	QUESTAO	CODIGOS/CATEGORIAS	Revisor
1.	Sexo	Masculino	0
		Feminino	1
2.	Idade	Idade em anos _____	()
3.	Nacionalidade [País]	_____	
4.	Naturalidade [Estado-UF] / [Município]	_____ / _____	
5.	Tempo de formação em sua categoria profissional (não inclui aperfeiçoamentos / especializações/)	Tempo em anos/meses/dias _____	()
6.	Grau de instrução	Analfabeta	0
		1ª a 3ª série do ensino fundamental	1
		4ª a 7ª série do ensino fundamental	2
		Ensino fundamental completo (terminou 8ª série)	3
		1º ou 2º ano do ensino médio	4
		Ensino médio completo (terminou 3º ano colegial ou 3º científico)	5
		Superior incompleto	6
		Superior completo	7
		Outro _____	8
Não lembra	9		
7.	Cursos/aperfeiçoamento	Não	0
		Curso técnico _____	1
		Outra _____	2
8.	Você já fez o curso de Formação (Curso de 400h) para exercer a função de ACS?	Não	0
		Sim	1
		Ignorado	9
9.	Qual a sua carga horária na equipe de saúde da família (ESF)?	Tempo em Horas Semanais _____	()
10.	Qual o turno de trabalho na ESF?	Manhã	1
		Tarde	2
		Manhã/Tarde	3

11.	Tipo de contrato com a instituição	Estatutário (Concurso Público) Celetista (Carteira assinada) Prestador de Serviços (Contrato) Outros _____	1 2 3 4	()
12.	Por quanto tempo você trabalhou na ESF em outro município ou fora do Estado? <i>Se não ou ignorado, 0]</i>	Tempo em anos/meses/dias _____		()
13.	Por quanto tempo você trabalhou no ESF, em qualquer outra equipe, neste município? <i>Se não ou ignorado, 0]</i>	Tempo em anos/meses/dias _____		()
14.	Há quanto tempo você trabalha na ESF nessa equipe atual?	Tempo em anos/meses/dias _____		()
15.	Tem outro trabalho além do de ACS?	Não Sim Ignorado	0 1 9	()
16.	Horário de funcionamento da unidade de saúde?	Horário de abertura _____ Horário de início do intervalo _____ Horário de final do intervalo _____ Horário de fechamento _____	— — — —	() () () ()
17.	Condições da unidade de saúde em termos de estrutura que respeita a acessibilidade dos usuários com limitação	Inexistente Muito Ruim Ruim Boa Muito Boa	0 1 2 3 4	()
18.	Serviços de apoio para a sua unidade de saúde	Hospital geral Hospital especializado geral Serviço de referência em hanseníase Serviço de referência em reabilitação Serviços ambulatoriais de especialidades Ambulância para transporte de pacientes Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Centro Comunitário Academia da Saúde Ponto de Telessaúde Outros _____	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	() ()
19.	Realizou abordagem a pessoas acometidas pela hanseníase no último mês?	Não Sim, pessoa com 15 anos de idade ou mais Sim, pessoa com menos de 15 anos de idade Sim, pessoas de todas as idades Ignorado	0 1 2 3 9	()

20.	Que modalidades de atendimento são realizadas na sua unidade de saúde (US) para hanseníase? <i>[Pode ser marcada mais de uma opção]</i>	Não realiza atendimento Diagnóstico clínico inicial Confirmação diagnóstica Disponibilização de PQT Acompanhamento de PQT Exame de contatos Diagnóstico de estados reacionais Acompanhamento de reações Atenção fisioterápica Reabilitação física Cuidado para feridas Terapia ocupacional Abordagem psicológica Atenção nutricional Assistência social Assistência Farmacêutica Outros _____ Ignorado	0 1 2 3 4 5 6 7 8 10 11 12 13 14 15 16 17 9	() ()
21.	Você recebeu capacitação em abordagem para hanseníase?	Não Sim, neste município Sim, em outros municípios do Estado Sim, em outro estado Ignorado	0 1 2 3 9	()
22.	Caso afirmativo, há quanto tempo da última capacitação? <i>[Se não ou ignorado, 0]</i>	Tempo em anos/meses/dias _____		()
23.	Qual a carga horária da principal capacitação? <i>[Se não ou ignorado, 0]</i>	_____ horas		()
24.	Marque quais as modalidades de cursos/ capacitações voltados para hanseníase?	Não realizou nenhum curso específico Ações básicas em hanseníase Auto cuidado Comunicação / informação em saúde Educação em saúde Outros _____ _____ _____	0 1 2 3 4 5	()
25.	Possui casos de hanseníase em tratamento com poliquimioterapia atualmente em sua equipe?	Não Sim Ignorado	0 1 9	()
26.	Realiza na rotina suspeita de casos de hanseníase?	Não Sim Ignorado	0 1 9	()
27.	Nos últimos 3 meses, quantos casos de hanseníase verificou em seu território de atuação?	_____		()
28.	Realiza na rotina acompanhamento de casos de hanseníase?	Não Sim Ignorado	0 1 9	()
29.	Tem acesso a material educativo / informativo de hanseníase direcionado especificamente para ACS? <i>[Especificar]</i>	Sim _____ _____ Ignorado	Não 0 1 9	()
30.	Preenche ficha B específica do SIAB para seguimento de casos de hanseníase?	Não Sim Ignorado	0 1 9	()
31.	Faz abordagem de contatos de casos hanseníase na rotina da equipe?	Não Sim Ignorado	0 1 9	()

32.	Existência de protocolo na equipe para abordagem inicial de contatos domiciliares	Não Sim Ignorado	0 1 9	()
33.	Existência de protocolo na equipe para seguimento de contatos domiciliares	Não Sim Ignorado	0 1 9	()
34.	Apoia a realização de exame de contatos de casos hanseníase na unidade de saúde?	Não Sim Ignorado	0 1 9	()
35.	Apoia a realização de exame de contatos de casos hanseníase nos domicílios das famílias atingidas?	Não Sim Ignorado	0 1 9	()
36.	Se não apoia exame em qualquer circunstância, qual fator você atribui a não realização do exame de contatos?	Contato não quer realizar exame Contato não encontrado Contato faltoso Caso índice não quer revelar seu diagnóstico Falta de estrutura do serviço Outros _____ _____	1 2 3 4 5 6	()
37.	Indica/encaminha contatos de hanseníase para realização de vacina BCG?	Não Sim Ignorado	0 1 9	()
38.	Realiza visita domiciliar para busca ativa de contatos de hanseníase?	Não Sim Ignorado	0 1 9	()
39.	Realiza acolhimento para contatos de hanseníase na UBS?	Não Sim Ignorado	0 1 9	()
40.	Realiza ações educativas em hanseníase na unidade de saúde?	Não Sim Ignorado	0 1 9	()
41.	Realiza ações educativas em hanseníase no território?	Não Sim Ignorado	0 1 9	()
42.	Utiliza material informativo/educativo sobre hanseníase nas ações programáticas na unidade de saúde?	Não Sim Ignorado	0 1 9	()
43.	Utiliza material informativo/educativo sobre hanseníase nas ações programáticas no território?	Não Sim Ignorado	0 1 9	()
44.	Utiliza material audiovisual (spots de rádio, filmes, jogos educativos etc) sobre hanseníase nas ações programáticas na ESF?	Não Sim Ignorado	0 1 9	()
45.	Desenvolve/participa de grupos envolvendo pessoas atingidas pela hanseníase na unidade de saúde?	Não Sim Ignorado	0 1 9	()
46.	Tem acesso ao Caderno de Atenção Básica 21 na UBS/ESF?	Não Sim Ignorado	0 1 9	()
47.	Tem acesso à portaria nº 3.125, de 7 de outubro de 2010, SVS/MS, na UBS?	Não Sim Ignorado	0 1 9	()
48.	Já preencheu ficha específica para registro e seguimento de contatos familiares?	Não Sim Ignorado	0 1 9	()
49.	Realiza atendimento para pessoas com hanseníase que desenvolvem eventos reacionais?	Não Sim Ignorado	0 1 9	()

50.	Profissionais foram capacitados para manejo de episódios reacionais em hanseníase?	Não Sim Ignorado	0 1 9	()
51.	Há fluxo padronizado estabelecido formalmente para o atendimento de pessoas com reações em hanseníase?	Não Sim Ignorado	0 1 9	()
52.	Medicação regular disponível na farmácia para tratamento da hanseníase (PQT)?	Não Sim Ignorado	0 1 9	()
53.	Medicação regular disponível na farmácia para episódios reacionais?	Não Sim Ignorado	0 1 9	()
54.	Já desenvolveu atividades de matriciamento com o apoio NASF, específicas para hanseníase, com vistas à abordagem casos / famílias comunidades?	Não tem acesso a NASF Não Sim Ignorado	0 1 2 9	()
55.	Como você classificaria a hanseníase como problema de saúde pública em seu território de atuação	Não existe hanseníase no meu território Totalmente sob controle Parcialmente sob controle Pouco sob controle Fora do controle Ignorado	0 1 2 3 4 9	()
56.	Você tem ou já teve hanseníase?	Não Sim Ignorado	0 1 9	()
57.	Conhece algum familiar/amigo/conhecido que tem ou teve hanseníase?	Não Sim Ignorado	0 1 9	()
58.	Você acha que uma pessoa que tem ou teve hanseníase sofre com discriminação ou preconceito?	Não Sim, muito Sim, mais ou menos Sim, pouco Ignorado	0 1 2 3 9	()

APÊNDICE C - Modelo de questionário perfil profissional



INSTRUMENTO 19 - PERFIL PROFISSIONAL – UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE ESTRUTURA DE UNIDADES DE SAÚDE OBS: EXCETO AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE
--

PROJETO INTEGRAL-HANS NORTE & NORDESTE

Número da Unidade de Saúde: _____

CNES da Unidade de Saúde: _____

Pesquisador: _____ Data da Coleta: _____
--

Revisor: _____ Data da Revisão: _____

Instruções: o presente instrumento deve ser preenchido preferencialmente pelo próprio profissional de saúde. NÃO há necessidade de identificação do instrumento

ITEM	QUESTAO	CODIGOS/CATEGORIAS	Revisor
1.	Sexo	Masculino 0 Feminino 1	()
2.	Idade	idade em anos _____	()
3.	Nacionalidade [País]	_____	
4.	Naturalidade [Estado-UF] / [Município]	_____ / _____	
5.	Categoria Profissional na ESF	Médico 1 Enfermeiro 2 Auxiliar de enfermagem 3 Técnico de enfermagem 4 Cirurgião-dentista 5 Auxiliar de consultório dentário 6 Outra _____ 7	()
6.	Tempo de formação em sua categoria profissional (não inclui aperfeiçoamentos/ especializações/outras pós-graduações)	Tempo em anos/meses/dias _____	()
7.	Grau de instrução	Analfabeta 0 1ª a 3ª série do ensino fundamental 1 4ª a 7ª série do ensino fundamental 2 Ensino fundamental completo (terminou 8ª série) 3 1º ou 2º ano do ensino médio 4 Ensino médio completo (terminou 3º ano colegial ou 3º científico) 5 Superior incompleto 6 Superior completo 7 Outro _____ 8 Não lembra 9	()

8.	Pós-graduação/Aperfeiçoamento	Não possui pós-graduação/aperefeiçoamento	0	()
		Residência médica (especificar)	1	
		Residência enfermagem (especificar)	2	
		Especialização (especificar)	3	
		Mestrado	4	
		Doutorado	5	
		Curso técnico _____	6	
		Outra _____	7	
9.	Qual a sua carga horária na equipe de saúde da família (ESF-PSF)?	Tempo em Horas Semanais _____		()
10.	Qual o turno de trabalho na ESF?	Manhã	1	()
		Tarde	2	
		Manhã/Tarde	3	
11.	Tipo de contrato com a instituição	Estatutário (Concurso Público)	1	()
		Celetista (Carteira assinada)	2	
		Prestador de Serviços (Contrato)	3	
		PROVAB enfermagem	4	
		PROVAB odontologia	5	
		PROVAB medicina	6	
		Mais Médicos	7	
		Outros _____	8	
12.	Há quanto tempo você trabalhou no PSF (qualquer município fora de Cacoal ou fora do estado de Rondônia)? <i>Se não ou ignorado, 0</i>	Tempo em anos/meses/dias _____		()
13.	Há quanto tempo você trabalhou no PSF (em Cacoal, em qualquer equipe)? <i>Se não ou ignorado, 0</i>	Tempo em anos/meses/dias _____		()
14.	Há quanto tempo você trabalha no PSF nessa equipe atual em Cacoal?	Tempo em anos/meses/dias _____		()
15.	Horário de funcionamento da unidade de saúde?	Horário de abertura _____	—	()
		Horário de início do intervalo _____	—	()
		Horário de final do intervalo _____	—	()
		Horário de fechamento _____	—	()
16.	Condições da unidade de saúde em termos de estrutura que respeita a acessibilidade dos usuários com limitação	Inexistente	0	()
		Muito Ruim	1	
		Ruim	2	
		Boa	3	
		Muito Boa	4	
17.	Serviços de apoio para a sua unidade de saúde	Hospital geral	1	()
		Hospital especializado 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	()
		Centro Comunitário	9	()
		Academia da Saúde	10	()
		Ponto de telessaúde	11	()
		Outros _____	12	()

18.	Realizou atendimento a pessoas acometidas pela hanseníase no último mês?	Não Sim, pessoa com 15 anos de idade ou mais Sim, pessoa com menos de 15 anos de idade Sim, pessoas de todas as idades Ignorado	0 1 2 3 9	()
19.	Que modalidades de atendimento são realizadas na sua unidade de saúde (US) para hanseníase? <i>[Pode ser marcada mais de uma opção]</i>	Não realiza atendimento Diagnóstico clínico inicial Confirmação diagnóstica Disponibilização de PQT Acompanhamento de PQT Exame de contatos Diagnóstico de episódios reacionais Acompanhamento de reações Atenção fisioterápica Reabilitação física Cuidado para feridas Terapia ocupacional Abordagem psicológica Atenção nutricional Assistência social Assistência Farmacêutica Outros _____ Ignorado	0 1 2 3 4 5 6 7 8 10 11 12 13 14 15 16 17 9	() ()
20.	Você recebeu capacitação em diagnóstico e tratamento para hanseníase?	Não Sim, em Cacoal Sim, em outros municípios de Rondônia Sim, em outro estado Ignorado	0 1 2 3 9	()
21.	Caso afirmativo, há quanto tempo da última capacitação? <i>[Se não ou ignorado, 0]</i>	Tempo em anos/meses/dias _____		()
22.	Qual a carga horária da principal capacitação? <i>[Se não ou ignorado, 0]</i>	_____ horas		()
23.	Possui casos de hanseníase em tratamento com poliquimioterapia atualmente em sua equipe?	Não Sim Ignorado	0 1 9	()
24.	Realiza na rotina diagnóstico/suspeita de casos de hanseníase?	Não Sim Ignorado	0 1 9	()
25.	Realiza na rotina acompanhamento de casos de hanseníase?	Não Sim Ignorado	0 1 9	()
26.	Preenche a ficha de notificação/ investigação de hanseníase do SINAN?	Não Sim Ignorado	0 1 9	()
27.	Preenche o Boletim de Acompanhamento de hanseníase do SINAN?	Não Sim Ignorado	0 1 9	()
28.	Faz abordagem de contatos de casos hanseníase na rotina da ESF?	Não Sim Ignorado	0 1 9	()
29.	Existência de protocolo para abordagem inicial de contatos domiciliares	Não Sim Ignorado	0 1 9	()
30.	Existência de protocolo para seguimento de contatos domiciliares	Não Sim Ignorado	0 1 9	()
31.	Existência de fichas/formulários para referência e contra referência de casos na rede de atenção	Não Sim Ignorado	0 1 9	()

32.	Realiza exame de contatos de casos hanseníase na unidade de saúde?	Não Sim Ignorado	0 1 9	()
33.	Realiza exame de contatos de casos hanseníase nos domicílios das famílias atingidas?	Não Sim Ignorado	0 1 9	()
34.	Se não realiza exame em qualquer circunstância, qual fator você atribui a não realização do exame de contatos?	Contato não quer realizar exame Contato não encontrado Contato faltoso Caso índice não quer revelar seu diagnóstico Falta de estrutura do serviço Não se aplica Outros _____ _____	1 2 3 4 5 6 7	()
35.	Indica/encaminha contatos de hanseníase para realização de vacina BCG?	Não Sim Ignorado	0 1 9	()
36.	Realiza visita domiciliar para busca ativa de contatos de hanseníase?	Não Sim Ignorado	0 1 9	()
37.	Realiza acolhimento para contatos de hanseníase na UBS?	Não Sim Ignorado	0 1 9	()
38.	Utiliza kit de monofilamentos para avaliação de casos/contatos de hanseníase na ESF?	Não Sim Ignorado	0 1 9	()
39.	Realiza ações educativas em hanseníase na unidade de saúde?	Não Sim Ignorado	0 1 9	()
40.	Realiza ações educativas em hanseníase no território?	Não Sim Ignorado	0 1 9	()
41.	Utiliza material informativo/educativo sobre hanseníase nas ações programáticas na unidade de saúde?	Não Sim Ignorado	0 1 9	()
42.	Utiliza material informativo/educativo sobre hanseníase nas ações programáticas no território?	Não Sim Ignorado	0 1 9	()
43.	Utiliza material audiovisual (spots de rádio, filmes, jogos educativos etc) sobre hanseníase nas ações programáticas na ESF?	Não Sim Ignorado	0 1 9	()
44.	Desenvolve/participa de grupos envolvendo pessoas atingidas pela hanseníase na unidade de saúde?	Não Sim Ignorado	0 1 9	()
45.	Tem acesso ao Caderno de Atenção Básica 21 na UBS/ESF?	Não Sim Ignorado	0 1 9	()
46.	Tem acesso à portaria nº 3.125, de 7 de outubro de 2010, SVS/MS, na UBS?	Não Sim Ignorado	0 1 9	()
47.	Já preencheu ficha para avaliação neurológica simplificada?	Não Sim Ignorado	0 1 9	()
48.	Já preencheu formulário para avaliação do grau de incapacidade na UBS?	Não Sim Ignorado	0 1 9	()
49.	Já realizou o protocolo complementar de investigação diagnóstica de casos de hanseníase em menores de 15 anos – PCID < 15 anos?	Não Sim Ignorado	0 1 9	()

50.	Já preencheu ficha específica para registro e seguimento de contatos familiares?	Não Sim Ignorado	0 1 9	()
51.	Já preencheu instrumentos padronizados localmente para avaliação neurológica?	Não Sim Ignorado	0 1 9	()
52.	Já preencheu livro de registro para acompanhamento de casos?	Não Sim Ignorado	0 1 9	()
53.	Já preencheu fichas de notificação/ investigação de casos novos de hanseníase?	Não Sim Ignorado	0 1 9	()
54.	Já preencheu fichas de notificação/ investigação de episódios reacionais?	Não Sim Ignorado	0 1 9	()
55.	Tem acesso a kit para realização de teste dermatoneurológico na US (tubo de ensaio com água quente e fria, fio dental sem sabor, chumaços de algodão, caneta esferográfica, lanterna clínica, régua)?	Não Sim Ignorado	0 1 9	()
56.	Tem acesso a tabela de Snellen padronizada? (para avaliação de acuidade visual)?	Não Sim Ignorado	0 1 9	()
57.	Tem acesso a lanterna para avaliação olhos e nariz?	Não Sim Ignorado	0 1 9	()
58.	Tem acesso a fio dental para avaliação olhos (sensibilidade de córnea)?	Não Sim Ignorado	0 1 9	()
59.	Realiza coleta de amostra de raspado dérmico para baciloscopia?	Não Sim Ignorado	0 1 9	()
60.	Utiliza teste Mitsuda?	Não Sim Ignorado	0 1 9	()
61.	Utiliza teste de histamina / pilocarpina?	Não Sim Ignorado	0 1 9	()
62.	Realiza atendimento para pessoas com hanseníase que desenvolvem eventos reacionais?	Não Sim Ignorado	0 1 9	()
63.	Profissionais foram capacitados para manejo de eventos reacionais em hanseníase?	Não Sim Ignorado	0 1 9	()
64.	Existe fluxo padronizado estabelecido formalmente para o atendimento de pessoas com reações em hanseníase?	Não Sim Ignorado	0 1 9	()
65.	Há registro em prontuários de atendimento de eventos reacionais em hanseníase?	Não Sim Ignorado	0 1 9	()
66.	Medicação regular disponível na farmácia para tratamento da hanseníase (PQT)?	Não Sim Ignorado	0 1 9	()
67.	Medicação regular disponível na farmácia para episódios reacionais?	Não Sim Ignorado	0 1 9	()

68.	Já desenvolveu atividades de matriciamento com NASF, específicas para hanseníase, com vistas à abordagem casos / famílias comunidades?	Não tem acesso a NASF Não Sim Ignorado	0 1 2 9	()
69.	Como você classificaria a hanseníase como problema de saúde pública em seu território de atuação	Não existe hanseníase no meu território Totalmente sob controle Parcialmente sob controle Pouco sob controle Fora do controle Ignorado	0 1 2 3 4 9	()
70.	Você tem ou já teve hanseníase?	Não Sim Ignorado	0 1 9	()
71.	Conhece algum familiar/amigo/conhecido que tem ou teve hanseníase?	Não Sim Ignorado	0 1 9	()
72.	Você acha que uma pessoa que tem ou teve hanseníase sofre com discriminação ou preconceito?	Não Sim, muito Sim, mais ou menos Sim, pouco Ignorado	0 1 2 3 9	()