

Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde nas ações de controle da hanseníase

Assessment of the attributes of primary health care in leprosy control actions

Evaluación de los atributos de la atención primaria a la salud en las acciones de control de la lepra

Nayara Figueiredo Vieira^I; Fernanda Moura Lanza^{II}; Francisco Carlos Félix Lana^{III}; José Ramón Martínez-Riera^{IV}

RESUMO

Objetivo: avaliar a presença e extensão dos atributos da atenção primária nas ações de controle da hanseníase, na visão dos profissionais de saúde. **Método:** estudo transversal, envolvendo 251 profissionais da atenção primária de Betim. Utilizou-se o *Instrumento de avaliação de desempenho da atenção primária nas ações de controle da hanseníase*, mediante entrevistas, sendo o escore calculado por meio da média das respostas dadas pelas Escala de Likert. Foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais. **Resultados:** forte orientação do serviço ($\geq 6,6$) nos atributos porta de entrada, integralidade dos serviços disponíveis e prestados, e orientação familiar; e fragilidades ($< 6,6$) no acesso, orientação comunitária e profissional. **Conclusão:** ao avaliar a presença e extensão dos referidos atributos, os profissionais constataram deficiências que prejudicam a qualidade das ações de controle da hanseníase. Torna-se necessário integrar as ações da endemia na atenção primária para eliminar esse grave problema de saúde pública. **Descritores:** Hanseníase; atenção primária à saúde; pesquisa sobre serviços de saúde; enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to evaluate the presence and extent of the attributes of primary health care in leprosy control measures in the view of health professionals. **Method:** this cross-sectional study involved 251 primary health care personnel in Betim. The Assessment Instrument primary care performance in leprosy control measures was used through interviews, with scores calculated as means of Likert Scale responses. The study was approved by the research ethics committee of Minas Gerais Federal University. **Results:** strengths (≥ 6.6) were service orientation to gateway attributes, comprehensiveness of services available and provided, and the family; and weaknesses (< 6.6) were access, and orientation towards the community and health professionals. **Conclusion:** when evaluating the presence and extent of the attributes, the health professionals found deficiencies that impaired the quality of leprosy control measures. Measures to address the endemic must be integrated into primary care in order to eliminate this serious public health problem.

Descriptors: Leprosy; primary health care; health services research; nursing.

RESUMEN

Objetivo: evaluar la presencia y extensión de los atributos de la atención primaria en las acciones de control de la lepra desde el punto de vista de profesionales de salud. **Método:** estudio transversal, involucrando a 251 profesionales de la atención primaria de Betim. Se utilizó el Instrumento de evaluación de rendimiento de la atención primaria en las acciones de control de la lepra, a través de entrevistas, siendo la puntuación calculada a través del promedio de las respuestas dadas por la escala de Likert. Estudio aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal de Minas Gerais. **Resultados:** fuerte orientación del servicio ($\geq 6,6$) en los atributos puerta de entrada, integralidad de los servicios disponibles y ofrecidos, orientación familiar y fragilidades ($< 6,6$) en el acceso, orientación comunitaria y profesional. **Conclusión:** al evaluar la presencia y extensión de los mencionados atributos, los profesionales constataron deficiencias que perjudican la calidad de las acciones de control de la lepra. Se hace necesario integrar las acciones de la endemia en la atención primaria para eliminar este grave problema de salud pública.

Descriptorios: Lepra; atención primaria de salud; investigación en servicios de salud; Enfermería.

INTRODUÇÃO

A hanseníase persiste, como problema de saúde pública no Brasil, devido à alta endemicidade e às incapacidades físicas geradas. Estratégias, como diagnóstico precoce, tratamento com poliquimioterapia (PQT), prevenção das incapacidades físicas e vigilância dos contatos domiciliares, devem estar incorporadas aos serviços¹.

O Ministério da Saúde (MS) recomenda, como eixo organizativo das ações de controle da hanseníase (ACH), na atenção primária à saúde (APS): realizar o acompanhamento dos casos e dos contatos, promoção da saúde com ações de mobilização social e educação², garantindo integralidade do cuidado³. Como forma de

^IEnfermeira. Mestre. Aluna de Doutorado de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Brasil. E-mail: nayarafv5@hotmail.com.

^{II}Enfermeira. Doutora. Professora Adjunta II, Universidade Federal de São João Del Rei. Brasil. E-mail: fernandalanza@ufsj.edu.br.

^{III}Enfermeiro. Doutor. Professor Titular, Universidade Federal de Minas Gerais. Brasil. E-mail: xicolana@gmail.com.

^{IV}Enfermeiro. Doutor. Professor Titular, Universidade de Alicante. Espanha. E-mail: josea.ferranna@gmail.com.

operacionalizar a APS, o Brasil adotou a estratégia de saúde da família (ESF), objetivando substituir o modelo de atenção, historicamente baseado em ações curativas e centradas em especialistas, por uma sintonia com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS)³.

As ACH são prioritárias na ESF. Avaliar o desempenho dos serviços significa identificar fragilidades, estratégias de saúde eficazes e de qualidade por meio da verificação dos atributos da APS⁴. Os atributos essenciais englobam primeiro contato (porta de entrada), continuidade ou longitudinalidade do cuidado, integralidade e coordenação⁴. Também são incorporadas a orientação comunitária, familiar e competência cultural⁴. É oportuno discutir o nível de integração e descentralização das ACH na APS, uma vez que há problemas como rotatividade de profissionais, resistência em realizar ações, desconhecimento sobre sinais e sintomas e serviços de referência e baixa resolutividade da APS^{5,6}. Fatores como priorização da hanseníase na política municipal de saúde e poucas capacitações contribuem para o enfraquecimento da descentralização⁷.

As ações vêm sendo realizadas por serviços de referência centrados na doença e distantes dos princípios do SUS, e isso afasta a APS como estratégia de reorientação do modelo de assistência. O objetivo deste estudo foi avaliar a presença e extensão dos atributos da atenção primária à saúde na realização das ACH na visão de profissionais que atuam nos serviços.

REVISÃO DE LITERATURA

Evidências científicas apontam que sistemas de saúde organizados a partir dos atributos ordenadores são eficazes e de qualidade⁴. Neste país, adotou-se o *Primary Care Assessment Tool* (PCATool – Brasil)⁸, baseado na avaliação da presença e extensão dos atributos, cujo instrumento especifica aspectos de estrutura, processo e resultado⁹. Ao acompanhar as tendências, o *Instrumento de Avaliação de Desempenho da Atenção Primária à Saúde nas Ações de Controle da Hanseníase* (PCAT- hanseníase) é uma ferramenta que avalia o grau de orientação da APS nas ACH¹⁰⁻¹².

O PCAT- hanseníase utiliza atributos essenciais, a saber: acesso – maneira como o serviço é experimentado para alcançar melhores resultados; porta de entrada – implica busca de atenção a cada novo problema; integralidade – pressupõe capacidade de fazer arranjos para que a população receba todos os tipos de serviços; atendimento continuado – é a existência de fonte regular de atenção, ocorre quando é realizado pelo mesmo profissional ou pela mesma unidade; coordenação – é a disponibilidade de informações a respeito de problemas e serviços anteriores e o reconhecimento daquela informação⁴. E atributos derivados: orientação familiar – quando o paciente é considerado dentro do seu contexto familiar e exposição a ameaças à saúde; orientação comunitária – quando há avaliação das necessidades dos pacientes e o reconhecimento do contexto social⁴;

e orientação profissional – pressupõe capacitações para desempenhar funções, segundo os atributos¹³.

Estudos que utilizaram o PCAT- hanseníase demonstram que problemas relacionam-se aos atributos derivados (orientação comunitária e profissional), justamente os que qualificam a assistência^{10,14,15}. Apesar dos limitados registros de pesquisas no Brasil avaliando a relação entre os indicadores epidemiológicos e a qualidade da APS, constata-se que a integração das ACH na atenção primária é capaz de ampliar o acesso, possibilitando o fortalecimento das ações¹⁶.

METODOLOGIA

Estudo de natureza avaliativa e transversal. Insere-se na pesquisa avaliativa, pois analisa as relações de causalidade entre diferentes componentes da intervenção e propicia compreender os resultados¹⁷. A pesquisa foi realizada em Betim-MG devido à sua importância histórica e epidemiológica, uma vez que foi aí instalada a Colônia Santa Izabel, em 1931. A partir de 2002 houve investimentos na integração das ACH, com 90% das equipes capacitadas⁶. O município, em 2015, apresentou taxa de detecção 3,11 casos novos/ 100 mil habitantes, o que caracteriza como média endemicidade; entre os indicadores operacionais, o exame de contatos e a cura, conforme parâmetros do MS, classificam-se como regular¹⁸; proporção de cobertura ESF está em torno de 70%¹⁹. No momento da coleta de dados, havia 97 equipes, sendo 90 ESF e 7 Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), ambos os modelos estão subordinados à mesma política de atenção à hanseníase. Além da APS, há o Serviço de Referência em Hanseníase da Citrolândia localizado na Colônia, local pioneiro na implantação da PQT, responsável por realizar treinamentos na década de 80⁶.

A coleta de dados ocorreu de fevereiro a abril de 2014, duas pesquisadoras foram treinadas e agendamentos prévios foram realizados. Foram incluídos, médicos/enfermeiros que atuavam na APS, com exceção dos médicos que pertenciam ao Programa Mais Médico (PMM) devido à recente atuação, menos de um mês anterior ao início da coleta. Antes da exclusão dos médicos do PMM, realizou-se uma entrevista e houve dificuldade de compreensão do idioma, constatando-se a possibilidade de viés de aferição. Foram entrevistados 49 médicos, 14 exclusões por pertencer ao PMM, três recusas e 18 perdas relacionadas a atestado, férias, licença maternidade e a impossibilidade de agendamentos. Com relação aos enfermeiros, realizaram-se 85 entrevistas, com oito perdas referentes aos mesmos motivos dos médicos.

O critério de inclusão do ACS foi ter experiência de no mínimo 12 meses; justifica-se este critério, pois atuar como agente não requer formação na área da saúde ou experiência no trabalho com famílias. Na impossibilidade de realizar entrevistas com todos os ACS, selecionou-se um agente por equipe. O ACS entrevistado foi aquele que no momento da visita das pesquisadoras

estava na unidade e obedecia ao critério de inclusão, assim, realizaram-se 83 entrevistas, tendo ocorrido 14 perdas relacionadas à greve.

Entre as 97 equipes, estas estão distribuídas em 34 unidades físicas de forma desproporcional, conforme a necessidade do território. O critério de inclusão do gestor foi atuar nos serviços de APS e exercer atividades de gestão no controle da hanseníase. Desse modo, entrevistaram-se 34 gestores, registrando-se três perdas relacionadas à impossibilidade de reagendamentos.

Utilizou-se o PCAT- hanseníase nas versões médicos/enfermeiros¹⁰, gestores¹¹ e ACS¹² e as respostas foram registradas em escala do tipo Likert¹⁰⁻¹². O instrumento é pautado no marco teórico da APS³ e nas ACH preconizadas pela política vigente²; destaca-se que o atributo *orientação profissional* não é contemplado no PCATool- Brasil⁸, mas, sua inclusão é recomendada em outro estudo, já que o SUS oferece capacitações¹³.

O cálculo do escore é baseado na média, na soma dos itens de cada atributo dividido pelo número de itens; posteriormente essa média é transformada em escala de 0 a 10¹⁰⁻¹². Então a média representa, dentro de cada atributo ou escore calculado, o desempenho geral da APS na ACH. Como resultado geral da avaliação pelo PCAT- hanseníase, há três medidas: escore essencial – é a média dos atributos essenciais (acesso, porta de entrada, atendimento continuado, coordenação e integralidade dos serviços prestados e disponíveis); escore derivado – é a média dos atributos derivados (orientação familiar, comunitária e profissional); e, escore geral – média dos componentes dos atributos essenciais acrescida dos derivados e isso caracteriza o grau de orientação. Assumiu-se forte orientação quando a média do escore foi igual ou superior a 6,6¹⁰⁻¹².

Para avaliação estatística utilizou-se o teste qui-quadrado de *Pearson* e os dados foram analisados no IBM SPSS versão 19, com nível de significância de 5%.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, parecer nº CAAE 24578213.2.0000.5149 e os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foi financiada com recursos do MS - Secretaria de Vigilância em Saúde (197/2012) e da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Das 251 entrevistas realizadas, 53,4% representaram médicos/enfermeiros, 33,1% ACS e 13,5% gestores. Os médicos/enfermeiros destacaram-se pelo menor tempo de trabalho na unidade, além disso, a maioria dos participantes realizou treinamentos em ACH. A maior parte dos entrevistados não atendeu casos, no entanto, os ACS referiram realizar ACH no território, conforme mostra a Tabela 1.

Avaliação geral do grau de orientação da APS na realização das ACH demonstrou limítrofe na visão de médicos/enfermeiros e ACS (6,7). Entretanto, não foi evidenciada pelos gestores (7,3), isso significa distanciamento do que ocorre no território e das ações planejadas, segundo expõe a Tabela 2. A ausência de uma equipe de coordenação qualificada nas ACH em nível municipal, e de suporte político tende a comprometer a integração das ações²⁰; torna-se necessário ser priorizada tal qualificação na política municipal de saúde, além do comprometimento dos gestores⁷.

O escore essencial foi fortemente pontuado (≥6,6), contribuíram para essa melhor avaliação a porta de entrada e a integralidade dos serviços disponíveis e prestados. É reconhecido que casos suspeitos procuram as unidades, mas dificuldades no acesso comprometem a efetividade da APS como primeiro local de escolha, resultando na peregrinação do cliente pela rede, enquanto a doença progride. Além da APS, há o Serviço de Referência em Hanseníase da Citrolândia que também é porta de entrada para suspeição de casos e tratamento.

TABELA 1: Distribuição das variáveis profissionais segundo a categoria dos entrevistados. Unidades de atenção primária. Betim/MG, Brasil, fevereiro a abril/2014.

Variáveis	Profissionais médicos/enfermeiros		ACS		Gestores	
	n	%	n	%	n	%
Tempo que trabalha na unidade						
<12 meses	73	54,48	-	-	4	11,76
Entre 12 a 36 meses	47	35,07	34	40,96	27	79,41
>36 meses	14	10,45	49	59,04	3	8,82
Treinamentos em controle da hanseníase						
Zero	49	36,57	24	28,92	7	20,59
Um	44	32,84	24	28,92	4	11,76
>Dois	41	30,60	35	42,17	23	67,65
Atuação no de controle da hanseníase						
Sim	45	33,58	49	59,04	†	†
Não	89	66,42	34	40,96	†	†
Atendeu caso de hanseníase						
Sim	33	24,63	23	27,71	†	†
Não	101	75,37	60	72,29	†	†

†Exceto essas variáveis não foram questionadas durante a coleta de dados.

A integralidade deve caracterizar os procedimentos e orientações executadas na APS⁸. Apesar das fragilidades estruturais, é inegável que a expansão das ESF tem promovido avanços nas condições de saúde, diminuição da mortalidade materna e infantil e de doenças infectoparasitárias^{21,22}.

Houve fragilidade no acesso, apenas o grupo de ACS avaliou-o como fortemente orientado, sendo ponto de estrangulamento; estudos do PCATool- Brasil⁸, que avaliaram o acesso na APS em geral e na tuberculose, corroboram tal resultado. Os obstáculos para o acesso relacionam-se à demora no atendimento e ao período restrito de funcionamento²³⁻²⁵. Em Betim, houve fragilidades em relação à questão geográfica, má localização das unidades, pavimentações precárias, microáreas distantes, dificuldades no transporte público, restrição no período de funcionamento e sobrecarga das equipes. Na hanseníase o acesso é determinado pelo conhecimento

da população, pela disponibilidade de instrumentos para a realização da avaliação dermatoneurológica e pela presença de profissionais capacitados⁷. O itinerário terapêutico de pessoas com hanseníase ainda revela dificuldades dos profissionais da APS em definir a suspeição dos sinais e sintomas da doença e que o diagnóstico foi confirmado apenas no atendimento por especialista²⁶.

A experiência de acompanhar casos melhora a avaliação realizada para o escore geral, essencial e derivado. Comparando a proporção de alto escore (sim/não) entre grupos profissionais médicos/enfermeiros e ACS por presença do caso pelo qui-quadrado de *Pearson*, houve diferenças significativas na integralidade dos serviços prestados, orientação comunitária e escore derivado e geral, conforme demonstra Tabela 3.

Atendimento continuado, orientação familiar e coordenação são calculados para médicos/enfermeiros e ACS que acompanharam casos, os gestores, independente deste critério respondeu aos itens.

TABELA 2: Escores médio e percentual de alto escore ($\geq 6,6$) dos atributos da atenção primária à saúde nas ações de controle da hanseníase na experiência dos entrevistados. Betim/MG, Brasil, fevereiro a abril/2014.

Dimensões da atenção primária à saúde	Profissionais de saúde (n=134)			ACS ^(*) (n=83)			Gestores (n=34)			
	Média (DP)	Percentual Escore $\geq 6,6$ %	f	Média (DP)	Percentual Escore $\geq 6,6$ %	f	Média (DP)	Percentual Escore $\geq 6,6$ %	f	
Atributos da atenção primária à saúde	Porta de entrada	8,2 (1,3)	93,3	125	8,7 (1,2)	97,6	81	8,4 (1,4)	88,2	30
	Acesso	6,1 (1,3)	50	67	7,3 (1,6)	67,5	56	6,4 (0,8)	52,9	18
	Atendimento Continuado	†	†	†	†	†	†	8,2 (2,3)	91,2	31
	Integralidade serviços disponíveis	9,0 (0,6)	99,3	133	9,0 (0,7)	98,8	82	8,8 (0,9)	94,1	32
	Integralidade serviços prestados	7,9 (2,1)	81,3	109	6,6 (3,0)	61,4	51	6,9 (2,6)	58,8	20
	Coordenação	†	†	†	‡	‡	‡	7,6 (1,4)	79,4	27
	Orientação familiar	†	†	†	†	†	†	7,6 (2,8)	70,6	24
	Orientação comunitária	3,1 (2,3)	8,2	11	5,4 (2,2)	33,7	28	5,7 (2,2)	32,4	11
	Orientação profissional	5,6 (2,7)	46,3	62	3,8 (3,2)	26,5	22	5,8 (2,7)	41,2	14
	Escore	Essencial	7,8 (0,8)	92,5	124	8,0 (1,1)	86,7	72	7,7 (0,9)	85,3
Derivado		4,3 (2,1)	15,7	21	4,6 (2,4)	22,9	19	6,4 (2,0)	50	17
Geral		6,7 (1,0)	52,2	70	6,7 (1,3)	54,2	45	7,3 (1,1)	76,5	26

^(*)ACS: Agente Comunitário de Saúde; † Os profissionais de saúde e ACS que não tinham acompanhado caso de hanseníase não respondem aos itens desses blocos e devido à quantidade de missings (>50%) não foi possível calcular a média desses escores; ‡ Não há itens no instrumento de avaliação de desempenho para o atributo coordenação na versão dos ACS.

TABELA 3: Escore médio, desvio padrão, percentual de alto escore e teste qui-quadrado dos atributos da atenção primária nas ações de hanseníase, segundo a experiência dos entrevistados e ausência ou presença de caso de hanseníase. Betim/MG, Brasil, fevereiro a abril/2014.

Dimensões da atenção primária à saúde	Profissionais médicos/enfermeiros					ACS ^(*)				
	Presença do caso (n=32)		Ausência do caso (n=102)		X ² /Valor p [¶]	Presença do caso (n=21)		Ausência do caso (n=62)		X ² /Valor p [¶]
	X [†] /DP [‡]	Escore alto ≥6,6 % (f)	X [†] /DP [‡]	Escore alto ≥6,6 % (f)		X [†] /DP [‡]	Escore alto ≥6,6 % (f)	X [†] /DP [‡]	Escore alto ≥6,6 % (f)	
Atributos da atenção primária à saúde	Porta de entrada	8,6/0,9	100 (32)	8,3/1,4 (93)	3,02/0,11	9,0/1,0 (21)	100 (21)	8,6/1,3 (60)	96,8 (60)	0,69/1,00
	Acesso	6,4/1,0	50,0 (16)	6,2/1,4 (55)	0,15/0,69	6,7/1,3 (13)	61,9 (13)	6,9/1,6 (43)	69,4 (43)	0,40/0,53
	Atendimento Continuoado	8,6/1,1	93,8 (30)	§	§	§	100 (21)	§	§	§
	Integralidade serviços disponíveis	9,2/0,6	100 (32)	9,0/0,7 (101)	0,32/1,00	8,9/0,9	95,2 (20)	9,0/0,7 (62)	100 (62)	2,9/0,25
	Integralidade serviços prestados	8,9/1,7	93,8 (30)	7,6/2,1 (79)	4,26/0,04	9,0/1,1	100 (21)	5,9/3,0 (30)	48,4 (30)	17,6/<0,01
	Coordenação	7,5/1,1	84,4 (27)	§	84,4 (27)	§				
	Orientação familiar	8,8/1,3	93,8 (30)	§	93,8 (30)	§	8,8/1,2 (20)	§	§	§
	Orientação comunitária	4,1/2,5	21,9 (7)	2,8/2,1 (4)	3,9/0,004	10,4/0,004	7,3/1,6 (13)	4,8/2,1 (15)	24,2 (15)	9,9/0,002
	Orientação profissional	6,4/2,5	56,3 (18)	5,3/2,7 (44)	43,1/0,22	1,68/0,22	5,9/2,6 (10)	47,6 (10)	3,0/3,0 (12)	19,4/0,011
	Escore	Essencial	8,2/0,6	96,9 (31)	7,7/2,0 (93)	1,1/0,45	8,4/0,6 (21)	100 (21)	7,6/1,1 (51)	82,3 (51)
Derivado		6,5/1,5	46,9 (15)	4,1/2,0 (10)	9,8/<0,01	22,1/7,3/1,4	66,7 (14)	3,9/2,3 (9)	14,5 (9)	21,3/<0,01
Geral		7,6/0,8	84,4 (27)	6,5/1,0 (47)	14,4/<0,05	14,4/7,8/0,9	100 (21)	6,4/1,3 (25)	40,3 (25)	22,6/<0,01

(*)ACS: Agente Comunitário de Saúde; †Média aritmética; ‡DP: desvio padrão; §Os profissionais de saúde e ACS que não acompanharam caso de hanseníase não respondem aos itens desses blocos, não sendo possível calcular a média desses escores (missings >50%); || Não há itens no instrumento de avaliação de desempenho para o atributo coordenação na versão para os ACS; ¶ X²: Qui-quadrado.

Na coordenação, médicos/enfermeiros e gestores consideraram que a APS está fortemente orientada, porém, problemas no acesso dificultam a entrada no sistema, onde o serviço é resolutivo; as equipes responsabilizam-se e mantêm a coordenação quando há necessidade de atenção em outros pontos da rede. Estratégias podem fortalecer a APS como a organização da porta de entrada, construção de protocolos em conjunto com as equipes multiprofissionais, facilitando a coordenação, adesão às diretrizes e efetivo serviço de referência e contrarreferência^{16,27,28}.

Em relação ao atendimento continuado, houve avaliação positiva: os gestores (8,2); médicos/enfermeiros (8,6); ACS (9,3). Isso é reflexo do acompanhamento dos caso; esses resultados devem ser analisados com cautela e a mesma observação aplica-se à orientação familiar, que foi avaliada como fortemente orientada: médicos/enfermeiros (8,8); gestores (7,6) e ACS (8,8). Isso sugere

um olhar diferenciado para os casos acompanhados na APS, em que há a presença do vínculo, aproximando a equipe do contexto familiar.

Estudo com o PCAT- hanseníase, em Teófilo Otoni-MG, apontou, na visão dos gestores, fraca orientação no atendimento continuado¹⁰. Nesse município, os usuários possuem a referência como fonte de atenção o que pode justificar a baixa orientação. Em Betim, os resultados foram diferentes, possivelmente reflexo da integração das ações. Táticas como o usuário ser atendido pelo mesmo profissional a cada dose supervisionada, busca por informações sobre a adesão ao tratamento e orientações gerais podem fortalecer o atendimento continuado.

A forte orientação familiar demonstra preocupação com o contexto, ao compreender que as relações e conflitos influenciam diretamente na saúde. Estudos que avaliaram o enfoque familiar na APS demonstraram

pouca incorporação da família nas práticas e insuficiente interesse dos profissionais em conhecer as condições de vida^{29,30}. Na hanseníase, a família deve ser inserida no processo terapêutico, pois o núcleo familiar é o grupo de risco de contrair a doença. Os itens relacionam-se ao conhecimento sobre a família, suspeita de casos novos, exame de contatos, orientações de autocuidado e o aparecimento de complicações reconhecido pelos familiares¹⁰. A família deve compreender o processo de saúde-doença, terapêutica medicamentosa e facilitar a adesão ao tratamento; o contato com as condições de vida e saúde das populações permite a compreensão de suas necessidades que vão além das práticas curativas^{6,31}.

A integralidade dos serviços prestados refere-se aos itens que identificam assuntos abordados pelo profissional durante o atendimento⁸. No PCAT – hanseníase, são as ações preconizadas pelo MS, como suspeição de casos, diagnóstico, orientações gerais, administração de dose supervisionada e avaliação dos contatos².

Houve fraca orientação da APS na orientação comunitária, além de diferenças significativas na presença de caso. As fragilidades relacionam-se à indisponibilidade de material educativo e ausência de busca ativa, além disso, mais de 60% dos médicos/enfermeiros relataram não realizar ações no território. Pesquisa realizada com conselheiros de saúde e líderes comunitários de um município endêmico de Minas Gerais mostrou ausência da participação social no controle da hanseníase e fragilidade nas estratégias de educação em saúde utilizadas pelos profissionais da APS, que não são capazes de provocar demanda espontânea da população para a realização da suspeição diagnóstica³².

Estudos do PCATool- Brasil⁸ também obtiveram escores insatisfatórios na orientação comunitária, na visão dos usuários em geral da APS e na de cuidadores de crianças^{24,25,33,34}. E com o PCAT- hanseníase, em três municípios de Minas Gerais, também houve fraca orientação comunitária¹⁰. Essas evidências corroboram os resultados, assim, incorporar estratégias como a revisão do processo de trabalho, estimular a participação do usuário, realizar visita domiciliar facilitariam a vigilância em saúde e o acompanhamento da comunidade^{24,35}.

Na orientação profissional, evidenciou-se fraca orientação nas ACH e diferenças estatísticas na proporção por atendimento de caso para o ACS. A maioria dos participantes referiu ter realizado treinamento, sugerindo pouca efetividade, sendo necessário avaliar as metodologias e a periodicidade. Evidências científicas apontam que treinamentos aumentam a detecção, responsabilizam os profissionais pela situação epidemiológica e estimulam ações de controle da doença³⁶. O desafio é superar a insegurança dos profissionais em realizar o diagnóstico e tratamento, assim a qualificação tem potencial de modificar uma situação epidemiológica.

CONCLUSÃO

A forte orientação do serviço nos atributos – porta de entrada, integralidade dos serviços disponíveis e prestados, orientação familiar – e fragilidades no acesso, orientação comunitária e profissional, demonstram que é necessário fortalecer a política de descentralização, sendo importante valorizar o modelo de assistência baseado na vigilância em saúde e na identificação das necessidades da população. Este estudo pode subsidiar pesquisas futuras no que concerne à efetividade das capacitações ofertadas, uma vez que mesmo tendo treinamentos as equipes se sentem despreparadas.

Contudo, ao avaliar a presença e a extensão dos atributos da atenção primária na ACH, os profissionais constataram deficiências que prejudicam a sua qualidade. Torna-se necessário integrar as ações de controle da endemia para eliminar esse grave problema de saúde pública, principalmente em regiões como Betim, cenário de uma ex-colônia.

Têm-se como limitações deste estudo a greve dos ACS, ocorrida durante a pesquisa, o trabalho recente dos médicos/enfermeiros no serviço de APS e a dificuldade de agendamento dos participantes. Há possibilidade de viés de intenção nos gestores, pois estavam avaliando os serviços que coordenam.

REFERÊNCIAS

1. World health organization. Global leprosy: update on the 2013 situation. 26th. Geneva (Swi): Weekly Epidemiological Record; 2014.
2. Ministério da Saúde (Br). Portaria nº 149, de 3 de fevereiro de 2016 (BR). Aprova as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Eliminação da Hanseníase como Problema de Saúde Pública, com a finalidade de orientar os gestores e os profissionais dos serviços de saúde. Brasília (DF): Gabinete Ministerial, 2016.
3. Ministério da Saúde (Br). Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
4. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília (DF): Unesco; 2002.
5. Mendes MS, Trindade LC, Cantídio MM, Aquino JAP, Campos GP, Zamora A, Barbosa JC, Heukelbach J. Descentralização das ações de controle da hanseníase em João Pessoa (Paraíba): a visão dos gestores. Cad. saúde colet. 2008; 16(2):217-30.
6. Fuzikawa PL, Acúrcio FA, Velema JP, Cherchiglia ML. Decentralisation of leprosy control activities in the municipality of Betim, Minas Gerais State, Brazil. Lepr. rev. 2010; 81 (3):184-95.
7. Lanza FM, Lana FCF. Decentralization of leprosy control actions in the micro-region of Almenara, State of Minas Gerais. Rev. latinoam. enferm. (Online). 2011; 19(1):187-94.
8. Ministério da Saúde (Br). Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: Primary Care Assessment Tool PCATool- Brasil. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010.
9. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. The Milbank Quarterly. 2005; 83(4):691-729.
10. Lanza FM. Avaliação da atenção primária no controle da hanseníase: validação de instrumento e análise de desempenho de municípios endêmicos de Estado de Minas Gerais [tese de doutorado]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2014.
11. Lanza FM, Vieira NF, Oliveira MMC, Lana FCF. Evaluation of leprosy control actions developed in primary care: a proposed

- tool for managers. *REME rev. min. enferm.* 2014; 18 (3): 606-13.
12. Lanza FM, Vieira NF, Oliveira MMC, Lana FCF. Instrumento para avaliação das ações de controle da hanseníase na atenção primária. *Rev. bras. enferm.* (Online). 2014; 67(3):339-46.
13. Organização Pan-Americana da Saúde. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
14. Vieira NF. Avaliação da atenção primária à saúde nas ações de controle da hanseníase no município de Betim, Minas Gerais [dissertação de mestrado]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2015.
15. Sousa GS, Silva RLF, Xavier MB. Attributes of primary health care in leprosy control: nurse's perspective. *Rev. baiana enferm.* 2017; 31(1):1-10.
16. Saltarelli RMF, Seixas DH. Limites e possibilidades na atenção ao portador de hanseníase no âmbito da estratégia saúde da família. *Rev. APS.* 2016;19(4):613- 22.
17. Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz, Z. Avaliação conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz; 2011.
18. Ministério da Saúde (Br). [site de Internet] Sala de Apoio a Gestão Estratégica. [citado em 12 dez 2017] Disponível em: <http://sage.saude.gov.br/>
19. Ministério da Saúde (Br). [site de Internet] Departamento de Atenção Básica. [citado em 12 dez 2017] Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/>
20. Ramos- JR NA, Heukelbach J., Hinders DC, Gomide M, Schreuder PAM. Investigações em sistemas de serviços de saúde como ferramenta para o alcance de Programas de Controle da Hanseníase mais efetivos no Brasil. *Cad. Saúde Pública* (Online). 2008; 16(2):147-68.
21. Victora CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. *J. Lancet.* 2011; 6736(11):32-46.
22. Barreto ML, Teixeira MG, Bastos FI, Ximenes RAA, Barata RB, Rodrigues LC. Sucessos e fracassos no controle de doenças infecciosas no Brasil: o contexto social e ambiental, políticas, intervenções e necessidades de pesquisa. *J. Lancet.* 2011; 6736(11):47-60.
23. Arakawa T, Arcêncio RA, Scatolin BE, Scatena LM, Ruffino-Netto A, Villa TC. Accessibility to tuberculosis treatment: assessment of health service performance. *Rev. latinoam. enferm.* (Online). 2011; 19(4): 994-1002.
24. Pereira MJB, Abrahão-Curvo P, Fortuna CN, Coutinho SS, Queluz MC, Campos, LVO et al. Avaliação das características organizacionais e de desempenho de uma unidade de Atenção Básica à Saúde. *Rev. gaúch. enferm.* 2011; 32(1): 48-55.
25. Mesquita M Filho, Luz BSR, Araújo CS. A atenção primária à saúde e seus atributos: a situação das crianças em menores de dois anos segundo suas cuidadoras. *Ciênc. saúde coletiva* (Online). 2014;19(7): 2033-46.
26. Aquino CMF, Rocha EPAA, Guerra MCG, Coriolano MWL, Vasconcelos EMR, Alencar EN. Peregrinação (Via Crucis) até o diagnóstico da hanseníase. *Rev. enferm. UERJ.* 2015; 23(2):185-90.
27. Almeida PF, Fausto MCR, Giovanella L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Rev. panam. salud pública.* 2011; 29(2): 84-95.
28. Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCR et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* (Online). 2009; 14(3):783-94.
29. Alencar MN, Coimbra LC, Morais APP, Silva AAM, Pinheiro SRA, Queiroz RCS. Avaliação do enfoque familiar e orientação para a comunidade na estratégia saúde da família. *Ciênc. saúde coletiva* (Online). 2014; 19(2): 353-64.
30. Silva NC, Giovanella L, Mainbourg EMT. A família nas práticas das equipes de saúde da família. *Rev. bras. enferm.* (Online). 2014; 67(2): 274-81.
31. Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da atenção primária e a estratégia saúde da família. *Rev. bras. enferm.* (Online). 2013; 66(esp): 158-64.
32. Lopes FN, Lana FCF. Participação popular no controle da hanseníase: um desafio para o serviço de saúde. *Rev. enferm. UERJ.* 2015; 23(2):235-40. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2015.13113>
33. Castro RCL, Knauth DR, Harzheim E, Hauser L, Duncan BB. Avaliação da qualidade de atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. *Cad. Saúde Pública* (Online). 2012; 28(9):1772-84.
34. Sala A, Luppi CG, Marsiglia OSR. Integralidade e atenção primária à saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. *Saúde Soc.* 2011; 20(4):948-60.
35. Leão CDA, Caldeira AP, Oliveira MMC. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. *Rev. bras. saúde matern. infant.* 2011; 11(3):323-34.
36. Moreno CMC, Enders BC, Simpson CA. Avaliação das capacidades de Hanseníase: opinião de médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família. *Rev. bras. enferm.* (Online). 2008; 61(esp):671-5.