

# Qualidade da atenção primária e os efeitos em indicadores de monitoramento da hanseníase

*Primary care quality and its effects on leprosy monitoring indicators*

*Calidad de la atención primaria y los efectos en indicadores de monitoreo de la lepra*

**Nayara Figueiredo Vieira<sup>I</sup>**

ORCID: 0000-0001-6218-1394

**José Ramón Martínez-Riera<sup>II</sup>**

ORCID: 0000-0002-4926-6622

**Francisco Carlos Félix Lana<sup>I</sup>**

ORCID: 0000-0001-9043-3181

<sup>I</sup>Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

<sup>II</sup>Universidade de Alicante. San Vicente del Raspeig, Espanha.

## Como citar este artigo:

Vieira NF, Martínez-Riera JR, Lana FCF. Primary care quality and its effects on leprosy monitoring indicators. Rev Bras Enferm. 2020;73(4):e20190038. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0038>

## Autor Correspondente:

Nayara Figueiredo Vieira  
E-mail: [nayarafv5@hotmail.com](mailto:nayarafv5@hotmail.com)

EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho  
EDITOR ASSOCIADO: Hugo Fernandes

**Submissão:** 21-01-2019    **Aprovação:** 17-09-2019

## RESUMO

**Objetivos:** avaliar a qualidade da atenção primária nas ações de controle da hanseníase e correlacionar efeitos em indicadores de monitoramento. **Métodos:** estudo transversal, realizado em Belo Horizonte, de julho a setembro de 2014. Entrevistaram-se 408 profissionais por meio da aplicação de ferramenta que avalia atributos da atenção primária nas ações de controle da hanseníase e calcularam-se indicadores de monitoramento. Utilizou-se correlação de Spearman, nível de significância  $p < 0,05$ . **Resultados:** houve correlação entre escore geral e percentual de casos tratados na atenção primária e de cobertura de equipe de saúde da família. No escore derivado houve correlação com percentual de casos tratados na atenção primária e no essencial, com a proporção e taxa de diagnósticos com grau 2 de incapacidade física. **Conclusões:** a qualidade das ações de controle da hanseníase desempenhadas pelos profissionais da atenção primária impacta os indicadores de saúde, sendo necessárias estratégias condizentes com a realidade do território.

**Descritores:** Avaliação em Saúde; Enfermagem; Qualidade da Assistência à Saúde; Hanseníase; Atenção Primária à Saúde.

## ABSTRACT

**Objectives:** to evaluate the quality of primary care in leprosy control actions, to correlate effects on monitoring indicators. **Methods:** a cross-sectional study, conducted in Belo Horizonte, from July to September 2014. Interviews with 408 professionals were conducted through the application of a tool that assesses attributes of primary care in leprosy control actions, and monitoring indicators were calculated. Spearman correlation was used, significance level  $p < 0.05$ . **Results:** the overall score correlated with the percentage of cases treated in primary care and of family health staff coverage. The derived score correlated with the percentage of cases treated in primary care, and the essential score correlated with the proportion and rate of cases diagnosed, with grade 2 physical disability. **Conclusions:** the quality of leprosy control actions performed by primary care professionals produces impacts on health indicators, and developing strategies consistent with the reality of the territory is necessary.

**Descriptors:** Health Evaluation; Nursing; Quality of Health Care; Leprosy; Primary Health Care.

## RESUMEN

**Objetivos:** evaluar la calidad de la atención primaria en las acciones de control de la lepra y correlacionarla con los efectos en indicadores de monitoreo. **Métodos:** estudio transversal, realizado en Belo Horizonte, entre julio y septiembre de 2014. Se entrevistaron 408 profesionales, por medio de la aplicación de la herramienta que evalúa los atributos de la atención primaria en las acciones de control de la lepra, y se calcularon los indicadores de monitoreo. Se utilizó la correlación de Spearman, con el nivel de significancia de  $p < 0,05$ . **Resultados:** hubo una correlación entre la puntuación general y el porcentual de casos tratados en la atención primaria y de cobertura de equipo de salud de la familia. En la puntuación derivada hubo una correlación con el porcentual de casos tratados en la atención primaria, fundamentalmente con la proporción y tasa de casos diagnosticados, grado 2 de incapacidad física. **Conclusiones:** la calidad de las acciones de control de la lepra desempeñadas por los profesionales de la atención primaria produce impactos en los indicadores de salud, siendo necesario elaborar estrategias que concuerdan con la realidad del territorio.

**Descriptores:** Evaluación en Salud; Enfermería; Calidad de la Atención de Salud; Lepra; Atención Primaria de Salud.

## INTRODUÇÃO

No Brasil, persiste a alta endemicidade de doenças tropicais negligenciadas que apresentam em comum a relação com a pobreza e a miséria, além de causarem estigma e discriminação. Enquadra-se nesse cenário a hanseníase, que é um agravo infeccioso e de magnitude epidemiológica no país<sup>(1)</sup>. Em termos epidemiológicos, o Brasil apresenta alta endemicidade (12,23 casos por 100 mil habitantes), além disso, indicadores que traduzem a qualidade dos serviços, como a cura (81,74%) e exame de contatos (77,69%), demonstram a fragilidade das Ações de Controle da Hanseníase (ACH)<sup>(2)</sup>.

Diante da necessidade de fortalecimento das ACH, o Ministério da Saúde reforça a recomendação de que a Atenção Primária à Saúde (APS) ofereça assistência continuada e integral para casos, contatos e famílias, coordenando a rede, de acordo com as necessidades, com ações de mobilização para favorecer o diagnóstico e a redução do estigma<sup>(3-5)</sup>.

Para a operacionalização da APS, tem-se a Estratégia Saúde da Família (ESF) como prioritária para a consolidação da rede de atenção<sup>(4)</sup>. A constituição multiprofissional da ESF demonstra resultados favoráveis no que se refere à assistência ao acometido pela hanseníase, bem como melhora na situação epidemiológica e ampliação do acesso aos serviços de saúde<sup>(6-8)</sup>.

Evidências científicas apontam que sistemas de saúde organizados a partir dos atributos ordenadores da APS são eficazes e de qualidade<sup>(9-10)</sup>. Têm-se como atributos essenciais a acessibilidade de primeiro contato, integralidade, atendimento continuado, coordenação; e os derivados representados pela orientação comunitária e competência cultural<sup>(10)</sup>. Acredita-se que o conhecimento do grau de orientação da APS nas ações de hanseníase tem potencial de subsidiar estratégias de qualificação do serviço, e assim contribuir para o controle e a eliminação da doença.

Estudos que avaliaram o grau de orientação da APS nas ações de hanseníase demonstram que os problemas estão relacionados com os atributos derivados (orientação comunitária e profissional), justamente os que qualificam a assistência ao acometido pela hanseníase<sup>(11-13)</sup>. Outras pesquisas evidenciaram que a APS tem dificuldade em desempenhar as ações da doença, que relacionam-se à rotatividade dos profissionais, escassez de ações de detecção precoce dos casos<sup>(7)</sup>, desconhecimento dos sinais e sintomas<sup>(14)</sup>, negligência na priorização da doença pela gestão política<sup>(7)</sup> e insuficiência nas capacitações<sup>(13,15-16)</sup>.

Apesar dos poucos registros de pesquisas avaliando a relação entre os indicadores epidemiológicos e a qualidade da APS<sup>(7)</sup>, constata-se que a integração das ACH na atenção primária é capaz de ampliar o acesso, possibilitando o fortalecimento das ações<sup>(17)</sup>. As barreiras na consolidação da APS como porta de entrada impedem a eliminação da doença como problema de saúde pública e, conseqüentemente, distanciamento das metas propostas na Estratégia Global para Hanseníase 2016-2020<sup>(18)</sup>.

Dessa maneira, avaliar a qualidade da atenção primária na realização das ACH significa identificar as fragilidades e as potencialidades do Sistema Único de Saúde (SUS), pois permite retratar a efetividade da atenção prestada e sua repercussão direta na saúde da população<sup>(9,19-20)</sup>. Diversos estudos de avaliação

centram-se em análises de tendência epidemiológica utilizando indicadores de monitoramento<sup>(3)</sup> da endemia preconizados pelo Ministério da Saúde<sup>(17,21-22)</sup>.

No entanto, destaca-se o estudo desenvolvido em município prioritário do Nordeste brasileiro que analisou o comportamento temporal dos indicadores de monitoramento e avaliou a relação com a qualidade dos serviços de hanseníase, evidenciando associação significativa entre a melhoria dos indicadores e os esforços no enfrentamento à endemia<sup>(23)</sup>. Evidencia-se que a qualidade das ações desenvolvidas pela ESF tem influência no panorama endêmico da hanseníase, e o modo como a rede de atenção se organiza impacta no processo de trabalho, tornando-se importante correlacionar a avaliação da APS com a situação epidemiológica<sup>(14,16)</sup>.

## OBJETIVOS

Avaliar a qualidade da atenção primária nas ações de controle da hanseníase e correlacionar com os efeitos em indicadores de monitoramento, como forma de compreender o processo de saúde-doença, os determinantes e condicionantes da hanseníase.

## MÉTODOS

### Aspectos éticos

A pesquisa está em conformidade com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 e foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais sob o parecer CAAE 24578213.2.0000.5149.

### Desenho, local do estudo e período

Trata-se de um estudo observacional sustentado pela ferramenta STROBE, avaliativo e transversal, realizado entre julho e setembro de 2014 em Belo Horizonte, capital do estado de Minas Gerais, Brasil. Justifica-se a realização deste estudo devido à organização da rede de atenção à saúde e à complexidade da estrutura dos serviços para atender a dimensão populacional e territorial. O município apresentou média endemicidade em 2016 para a hanseníase (1,9 casos novos por 100 mil habitantes)<sup>(3)</sup>.

### População ou amostra: critérios de inclusão e exclusão

Devido à dimensão territorial e populacional, o território é subdividido em nove distritos sanitários (DS), no qual se situam 147 centros de saúde. Os centros de saúde são administrados por gerentes e subordinados à gerência distrital; dentro dos centros de saúde há uma ou mais ESF. Assim, no período da coleta de dados haviam 585 ESF, distribuídas de forma desproporcional, conforme tamanho e necessidade do território.

Calculou-se uma amostra representativa da quantidade de ESF, procedeu-se com o cálculo da proporção de equipes por DS e multiplicou-se a proporção encontrada pelo número total de equipes (N = 585), ao final obteve-se  $\Sigma = 70$  ESF. O critério de inclusão do centro de saúde foi o local com o maior número de notificações de casos de hanseníase. Esse critério foi utilizado

porque dentro do centro de saúde selecionado havia várias ESF, assim garantiu-se que tanto profissionais que acompanharam casos como aqueles que não atenderam fossem entrevistados. Esperava-se que o profissional estivesse preparado para o acompanhamento dos acometidos pela hanseníase.

Foram elegíveis todos os gestores que atuavam nos 147 centros de saúde e nos 9 DS. No total foram realizadas 189 entrevistas e obteve-se 23 perdas relacionadas a férias, ausência no momento da coleta de dados ou licença saúde.

Para os médicos, enfermeiros e ACS, como mencionado, calculou-se uma amostra proporcional. Com relação aos médicos e enfermeiros, foram elegíveis aqueles que atuavam nas 70 ESF, entrevistaram-se 65 médicos (cinco perdas, pois no último distrito havia desfalque nas equipes desses profissionais) e 79 enfermeiros. Para o Agente Comunitário de Saúde (ACS), o critério de inclusão era a atuação de pelo menos 12 meses trabalhando no território, uma vez que esse profissional não tem formação específica para trabalhar na comunidade e com as famílias. Desta forma, 75 ACS foram entrevistados.

### Protocolo do estudo

Utilizou-se o instrumento de avaliação de desempenho da APS nas ações de controle da hanseníase (PCAT-hanseníase) (12,19-20), como forma de avaliar a qualidade das ACH na APS. A ferramenta foi aplicada a gestores, médicos, enfermeiros e ACS, mediante entrevista face a face, individualmente, no ambiente de trabalho, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As respostas foram concedidas por meio da escala de Likert, na qual: 1 = com certeza não, 2 = provavelmente não, 3 = provavelmente sim, 4 = com certeza sim, 9 = não sei/não lembro.

O cálculo do escore de cada atributo foi baseado na média: soma dos valores de resposta nos itens que compõem cada atributo dividido pelo número de itens. Os entrevistados que tiveram 50% ou mais de respostas "9" ("não sei/não lembro") não tiveram seus escores calculados. Atributos com menos de 50% de respostas "9" tiveram esses valores convertidos para "2" ("provavelmente não"), de modo a pontuar de forma negativa as características do serviço não conhecidas pelo entrevistado (9,12). Posteriormente, os escores foram transformados numa escala de 0 a 10 por meio da fórmula:

$$\frac{[\text{escore obtido} - 1 (\text{valor mínimo})] \times 10}{4 (\text{valor máximo}) - 1 (\text{valor mínimo})}$$

Como resultado geral da avaliação pelo PCAT-hanseníase têm-se três medidas: escore essencial, a média dos atributos essenciais (acesso, porta de entrada, atendimento continuado, coordenação e integralidade dos serviços prestados e disponíveis); escore derivado, 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 uma APS fortemente orientada quando a média foi  $\geq 6,6$  (9,12). As variáveis de desfecho foram o escore essencial, derivado e geral, pois permitem avaliar o grau de orientação da APS e assim realizar uma análise da qualidade das ACH.

Foram selecionados indicadores epidemiológicos e de relevância do ponto de vista conceitual do processo de saúde-doença para a hanseníase. Utilizaram-se para o cálculo dos indicadores os casos novos de hanseníase residentes em Belo Horizonte, de 2012 a 2016 e notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). Justifica-se a realização da média da série histórica, uma vez que os indicadores sofrem discretas oscilações e como a coleta de dados da primeira fase ocorreu em 2014, selecionaram-se dois anos antes e dois depois.

Utilizaram-se indicadores recomendados pelo Ministério da Saúde: a. Taxa de detecção anual de casos novos de hanseníase por 100 mil habitantes; b. Taxa de detecção anual de casos novos de hanseníase, na população de zero a 14 anos, por 100 mil habitantes; c. Proporção de casos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico entre os casos novos detectados e avaliados no ano; d. Taxa de casos novos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico por 100 mil habitantes (3).

Além dos indicadores recomendados, empregaram-se preceitos de relevância, como o percentual de cobertura de saúde da família em 2014, ano da coleta de dados, o percentual da população que reside em área de elevado e muito elevado risco social em 2010, por ser o último ano avaliado pela Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. E, também, o percentual de casos novos de hanseníase tratados na APS, e os notificados.

### Análise dos resultados e estatísticas

A unidade de análise foi o DS, sendo que os dados foram analisados pelo *Software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) (versão 19). Realizou-se análise descritiva e analítica, bem como Correlação de Spearman com nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ).

### RESULTADOS

Entrevistaram-se 408 profissionais que trabalhavam na rede de atenção primária de Belo Horizonte. Como o distrito sanitário foi a unidade de análise, e o cálculo da amostra foi proporcional, baseou-se no número de equipes por distrito, totalizando no DS1 (N = 60), DS2 (N = 24), DS3 (N = 41), DS4 (N = 59), DS5 (N = 41), DS6 (N = 50), DS7 (N = 49), DS8 (N = 28), DS9 (N = 56). A Tabela 1 apresenta os escores essencial, derivado e geral segundo a experiência dos profissionais da atenção primária por DS.

Ao analisar o escore essencial, constata-se forte orientação da APS nas ações de controle da doença ( $\geq 6,6$ ). Para o escore derivado obteve-se fraca orientação da APS ( $< 6,6$ ) em todos os distritos analisados, além disso, constataram-se variações na perspectiva dos profissionais. O escore geral destacou-se pela forte orientação autorreferida pelos participantes ( $\geq 6,6$ ), o que se traduz em qualidade nas ações realizadas. A Tabela 2 descreve os indicadores de monitoramento estratificado por DS.

A Tabela 2 demonstra que o DS6 tem a população que reside em locais de maior vulnerabilidade social, e também a maior cobertura de ESF está territorialmente localizada em locais de alta vulnerabilidade. Em Belo Horizonte, menos de 40% dos casos são tratados e notificados na APS, destacando-se o

DS1 com a maior taxa de detecção na população geral e em crianças. O DS1 também é responsável pela maioria dos casos diagnosticados tardiamente (taxa e proporção de casos com grau 2 de incapacidade física), quando comparado aos demais distritos. E os indicadores operacionais representados pela cura e exame de contatos apresentam melhores resultados no DS7.

No escore geral, as variáveis que apresentaram correlação significativa ( $p < 0,05$ ) foram o percentual de casos tratados na APS

( $\rho = 0,750$ ) e o percentual de cobertura de ESF ( $\rho = -0,750$ ). Com relação ao escore derivado, a correlação foi significativa ( $p < 0,05$ ) para o percentual de casos tratados na APS ( $\rho = 0,667$ ). Além disso, no escore essencial houve correlação com a proporção de casos com grau 2 de incapacidade física ( $\rho = -0,783$ ) e a taxa de casos com diagnóstico de grau 2 de incapacidade ( $\rho = -0,767$ ). A Figura 1 expõe os gráficos de dispersão das variáveis que apresentaram significância estatística.

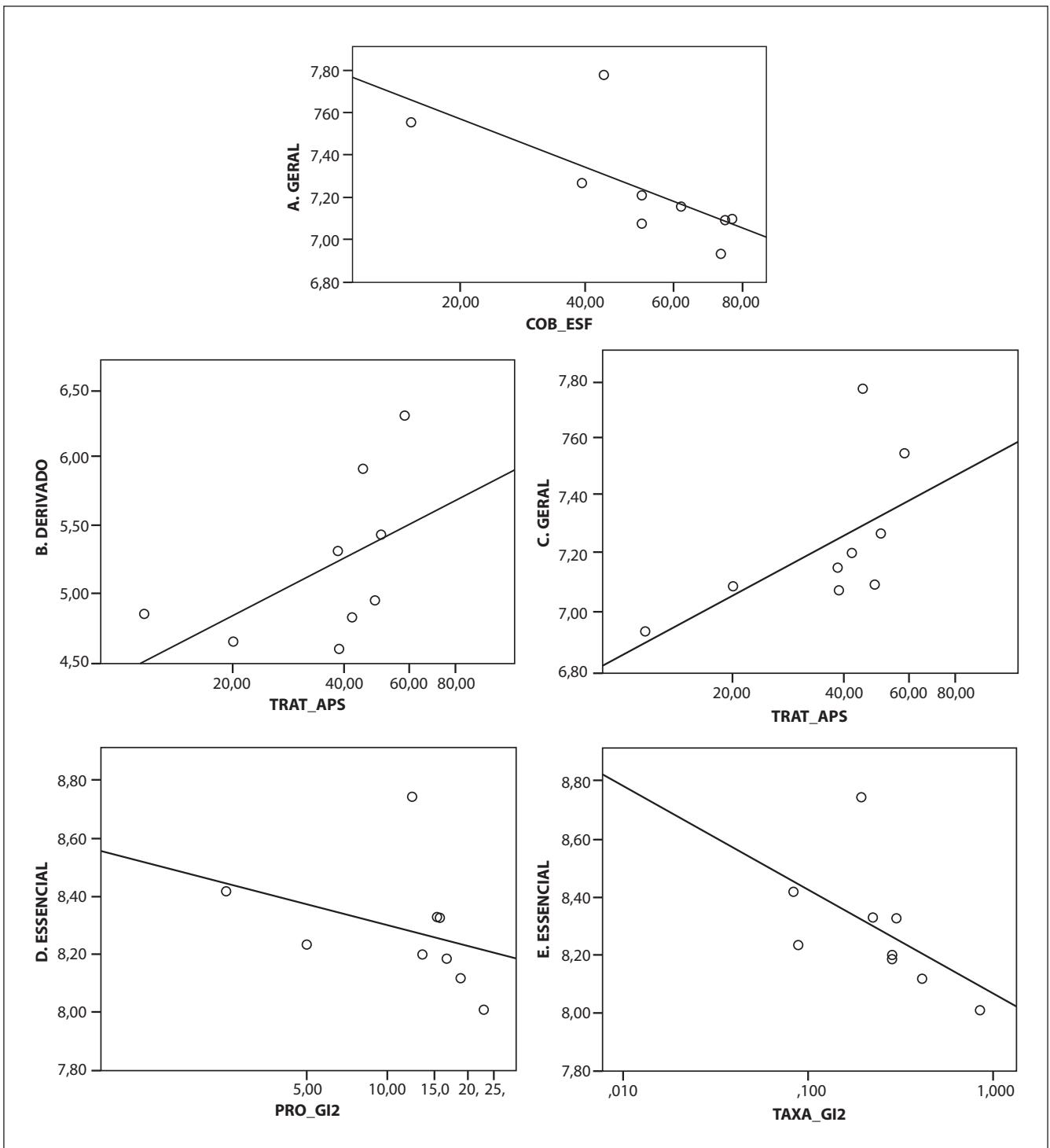
**Tabela 1** – Descrição dos escores essencial, derivado e geral da atenção primária nas ações de controle da hanseníase, na perspectiva de profissionais da saúde, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2014

Distrito Sanitário	Escore								
	Essencial			Derivado			Geral		
	Média	Desvio Padrão	Mínimo/Máximo	Média	Desvio Padrão	Mínimo/Máximo	Média	Desvio Padrão	Mínimo/Máximo
1	8,00	0,91	5,75/9,65	4,81	2,33	0,00/9,23	6,94	1,14	4,29/9,24
2	8,17	0,86	6,58/9,70	6,29	1,79	2,22/10,00	7,54	1,04	5,26/9,80
3	8,40	0,85	6,40/9,86	4,79	2,46	0,00/8,24	7,20	1,18	5,05/9,55
4	8,10	0,98	5,41/9,85	5,23	2,33	0,56/8,96	7,15	1,25	3,79/9,33
5	8,31	0,79	6,39/9,83	4,59	2,07	0,00/9,44	7,07	0,97	4,74/9,70
6	8,18	0,86	6,46/9,67	4,90	2,33	0,00/9,17	7,09	1,17	4,56/9,50
7	8,74	0,72	7,08/9,92	5,85	2,83	0,00/10,00	7,78	1,24	5,14/9,78
8	8,22	0,52	6,55/9,26	5,35	2,30	0,00/8,92	7,26	0,88	5,32/8,75
9	8,31	0,69	6,80/9,72	4,63	2,46	0,00/10,00	7,08	1,08	4,95/9,45
Total	8,27	0,84	5,41/9,92	5,08	2,40	0,00/10,00	7,20	1,15	3,79/9,80

**Tabela 2** – Descrição dos indicadores de monitoramento da hanseníase, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2017

Distrito Sanitário	Indicadores de monitoramento									
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1	32,7	93,4	11,6	11,6	3,6	1,0	22,9	0,9	89,9	88,7
2	20,1	34,1	58,3	49,2	1,5	0,5	16,7	0,3	79,3	67,9
3	24,7	72,5	42,1	38,1	2,2	0,5	2,5	0,1	93,3	96,4
4	27,4	81,6	38,5	42,5	2,3	0,0	18,8	0,4	92,2	88,0
5	12,8	72,8	38,8	45,5	1,7	0,0	15,3	0,2	90,0	88,1
6	47,4	96,8	48,5	49,6	2,1	0,4	13,5	0,3	85,1	79,8
7	23,9	64,0	45,0	43,0	1,4	0,4	12,4	0,2	100,0	96,4
8	16,4	59,7	50,4	58,0	2,1	0,5	5,0	0,1	88,3	86,9
9	35,1	94,6	20,1	17,2	2,3	0,3	15,7	0,3	86,3	82,4
Total	26,7	74,4	39,2	39,4	2,1	0,4	13,6	0,3	89,9	88,7

Nota: A. Percentual da população que reside em área de elevado e muito elevado risco social: Índice de vulnerabilidade da saúde 2012. Indicador composto formado por questões relacionadas a saneamento, habitação, escolaridade, renda, social, entorno. Fonte: Prefeitura Municipal de Belo Horizonte; B. Percentual de cobertura de Equipe de Saúde da Família: proporção da população da unidade federada atendida por Estratégia Saúde da Família em 2014. Método de cálculo: número de equipes de saúde  $\times 3.000 \times 100 / \text{População residente}$ . Fonte: Departamento de Atenção Básica; C. Percentual de casos tratados na atenção primária\*; D. Percentual de casos notificados na atenção primária\*; E. Taxa de detecção anual de casos novos por 100 mil hab.\*; F. Taxa de detecção anual de casos novos, na população de zero a 14 anos, por 100 mil hab.\*; G. Proporção de casos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física no diagnóstico no ano\*; H. Taxa de casos novos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física no diagnóstico por 100 mil hab.\*; I. Proporção de cura de hanseníase entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes\*; J. Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.\*Indicadores da hanseníase, média de 2012 a 2016. Fonte: Sistema de Notificação de Agravos à Saúde



Nota: A. Correlação de Spearman entre o escore geral e o percentual de cobertura de saúde da família. B. Correlação de Spearman entre o escore derivado e o percentual de casos de hanseníase tratados na atenção primária. C. Correlação de Spearman entre o escore geral e o percentual de casos de hanseníase tratados na atenção primária. D. Correlação de Spearman entre o escore essencial e a proporção de casos novos de hanseníase diagnosticados com grau 2 de incapacidade física no diagnóstico por 100 mil habitantes. E. Correlação de Spearman entre o escore essencial e a Taxa de casos novos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física no diagnóstico por 100 mil habitantes.

Figura 1 – Análise de dispersão das variáveis que foram significativas ( $p < 0,05$ ) no teste de correlação de Spearman

## DISCUSSÃO

Em Belo Horizonte constatou-se alta orientação da APS nas ACH no escore geral, e correlação significativa com o percentual de cobertura de ESF e com os casos tratados na atenção primária. Houve alta orientação da APS para o escore essencial e correlação

com indicadores que refletem o diagnóstico precoce (detecção de casos com grau 2 de incapacidade física). Entretanto, o escore derivado apresentou baixa orientação da APS nas ações da doença, e correlação com o percentual de casos tratados na atenção primária.

A ESF visa organizar o modelo assistencial de acordo com os preceitos do SUS, sendo estratégia de expansão do acesso,

qualificação e consolidação do sistema, além disso, propicia boa relação custo-efetividade para o serviço<sup>(4)</sup>. A correlação entre a cobertura da ESF e o escore geral é consequência da priorização estabelecida, em que a maior cobertura encontra-se em locais de maior vulnerabilidade social do município.

Assim, os locais com a maior cobertura de ESF são os DS com alta demanda de atendimento, pois nessas regiões a população apresenta piores condições socioeconômicas, o que resulta em maior utilização dos serviços de APS. O elevado número de populações socioeconomicamente desfavorecidas demonstra a necessidade de investimentos intersetoriais para a melhoria das condições de vida da população, pois a boa cobertura pelas ESF não garante a descoberta de casos, sendo necessário refletir sobre os determinantes sociais da doença<sup>(8)</sup>. No entanto, admite-se que a elevação de cobertura de atenção primária reflete na qualificação dos indicadores de monitoramento da hanseníase<sup>(23)</sup>.

O PCAT-hanseníase é pautado no marco teórico da APS<sup>(10)</sup> e nas ACH preconizadas na política vigente<sup>(3)</sup>. Nesse contexto, estudos que utilizaram o PCAT-hanseníase constataram forte orientação da APS no escore geral, corroborando as evidências encontradas neste estudo<sup>(11-13)</sup>. Portanto, a atenção primária é o cenário ideal para o desenvolvimento de ações que promovam a saúde dos usuários, do ponto de vista individual e coletivo<sup>(14)</sup>.

A correlação entre o escore geral e derivado com o percentual de casos tratados na APS demonstra a efetividade do serviço em desempenhar as ACH, pois quando o profissional assume o caso na atenção primária há melhor avaliação da qualidade assistencial. No Brasil, durante décadas, a assistência ao acometido pela hanseníase foi realizada por unidades especializadas, com hansenólogos e dermatologistas<sup>(5)</sup>, com o foco prioritário nos aspectos biomédicos, o que aumenta o estigma e o distanciamento da visão integral da assistência.

No entanto, pesquisas demonstram que a integração das ações de hanseníase na atenção primária é uma estratégia capaz de ampliar o acesso, possibilitando a incorporação das atividades de detecção precoce e qualificando a assistência<sup>(8,14,24-26)</sup>. Acredita-se que o fortalecimento das ACH na atenção primária aumenta a detecção precoce de casos, por meio da vigilância em saúde realizada nas unidades, e de tal forma contribui na redução das incapacidades físicas causadas pela doença e diminuição do estigma.

Com relação ao escore derivado composto pelos atributos (orientação comunitária, familiar e profissional) qualificadores do serviço, constatou-se variabilidade nos DS, destacando-se a fraca orientação da APS em desempenhar as ações de controle da doença. O desempenho desigual aponta que questões demográficas, sociais e epidemiológicas podem influenciar na qualidade dos serviços<sup>(23)</sup>. No que concerne aos aspectos epidemiológicos da doença, observa-se distribuição heterogênea no território brasileiro<sup>(22)</sup>. Nesse contexto, torna-se necessário mobilizar políticas públicas de saúde no sentido de promover a redução das iniquidades econômicas, sociais e de saúde<sup>(8)</sup>.

Experiência internacional demonstrou a importância do compromisso político no desenvolvimento do programa de controle da doença, cobertura universal da PQT, profissionais treinados e aconselhamento aos acometidos pela hanseníase, fatores que contribuem para a eliminação da endemia<sup>(27)</sup>.

Ademais, como forma de fortalecer os atributos derivados, evidencia-se a importância de centrar a assistência no núcleo familiar e na orientação para a comunidade, o que resulta em melhores resultados de saúde para a população<sup>(28-29)</sup>. Sendo que, a orientação familiar consiste em avaliar as necessidades individuais para uma atenção integral, deve-se considerar o contexto familiar e seu potencial de cuidado. E a orientação comunitária consiste no reconhecimento por parte do serviço das necessidades da comunidade através de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade<sup>(10)</sup>.

Os estudos sobre a orientação comunitária sugerem que as equipes têm dificuldade de desempenhar as atividades, como avaliação da situação epidemiológica para a programação de ações, busca ativa de casos, parcerias intersetoriais e trabalhos educativos<sup>(30)</sup> para informar a comunidade sobre os sinais e sintomas da doença<sup>(7,15,31)</sup>. Torna-se oportuno destacar que não somente na hanseníase há problemas com relação à orientação comunitária, pesquisa realizada em Belo Horizonte, que avaliou a APS, também constatou fraca orientação nos serviços em geral<sup>(32)</sup>.

Dessa forma, há necessidade de reestabelecimento das atribuições da ESF no território, bem como a formação de gestores, médicos, enfermeiros, ACS e comunidade sobre o reconhecimento das necessidades do território, promovendo a mobilização e o controle social de forma ativa.

O cuidado centrado na família revela-se como potencial de qualificação na assistência à hanseníase, uma vez que o núcleo familiar é o grupo susceptível de adquirir a doença. O apoio da família no tratamento da hanseníase é primordial na obtenção de resultados positivos, uma vez que ela contribui na compreensão do processo saúde-doença e na adesão à terapêutica medicamentosa, fortalecendo a vigilância em saúde<sup>(14)</sup>. Porém, estudos apontam que a incorporação da família nas práticas assistenciais ainda é incipiente e os usuários constata pouco ou nenhum interesse dos profissionais da ESF em conhecer suas condições de vida e de seus familiares<sup>(28-29)</sup>.

Com relação ao escore essencial, houve forte orientação da APS na hanseníase. Esse escore é formado por um componente relacionado à estrutura e outro ao processo de atenção, por exemplo, o acesso formado pelo componente acessibilidade (estrutura) e pelo componente utilização (processo)<sup>(9)</sup>. Nesta pesquisa, constatou-se correlação inversa entre o escore essencial e a proporção e a taxa de casos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física no diagnóstico. Sendo que, os casos diagnosticados com grau 2 de incapacidade física avaliam a efetividade das atividades da detecção oportuna e/ou precoce de casos, e nos DS houve alta proporção de diagnóstico tardio ( $\geq 10$ )<sup>(3)</sup>. O escore essencial é formado pelos atributos porta de entrada, acesso, integralidade, coordenação e atendimento continuado, dimensões que relacionam-se com a detecção oportuna dos casos.

Ações como as campanhas operacionalizadas pelos serviços de saúde, intervenções educativas, cobertura populacional das ações de controle da doença e competência dos profissionais de saúde para realizarem o diagnóstico exato e precoce são estratégias para eliminação e controle da hanseníase<sup>(24)</sup>.

O diagnóstico é clínico e quando a doença se torna pouco frequente, os médicos perdem a familiaridade, tendem a não considerá-la entre as hipóteses diagnósticas possíveis diante de

um caso suspeito, o que contribui para mais atraso no diagnóstico e leva ao agravamento do caso<sup>(1)</sup>. Por isso, estudos demonstraram a importância da capacitação destinada a profissionais que atuam na atenção primária, não só médicos e enfermeiros, como também ACS<sup>(13,16)</sup>. Acredita-se que as capacitações têm o poder de modificar uma situação epidemiológica no que tange às ACH, pois estimulam um olhar diferenciado para desempenhar as ações de hanseníase.

### Limitações do estudo

Têm-se como limitações que a coleta de dados foi realizada em apenas um município, o que restringe realizar generalizações, mas propicia aproximação entre a qualidade da atenção e os indicadores de saúde.

### Contribuições para a área da Enfermagem, Saúde ou Política Pública

Este estudo contribui de modo a demonstrar que a qualidade da atenção desempenhada pelos serviços de saúde produz efeitos nos indicadores de monitoramento da hanseníase. Assim, os gestores devem planejar as ações em saúde de modo a fortalecer a qualificação das equipes de saúde da família e aumentar as ações de vigilância realizadas em territórios de cuidado.

### CONCLUSÕES

Conclui-se que a qualidade das ações de controle da hanseníase desempenhadas pelos profissionais da atenção primária produz efeitos nos indicadores de monitoramento da doença. Além disso, a vigilância da saúde deve integrar práticas coletivas e individuais em diferentes dimensões das necessidades de saúde dos acometidos pela hanseníase, nas quais incluam o controle de riscos, discussão dos determinantes sociais em saúde e o planejamento de ações alinhadas com a realidade do território.

As evidências observadas demonstram a relevância de avaliações contínuas nos serviços de saúde, pois estes sofrem influências dos contextos político, econômico e social do país. Acredita-se no potencial da APS em prestar uma assistência qualificada numa condição como a hanseníase, dando enfoque no atendimento integral e levando em conta o contexto no qual o paciente está inserido.

### FOMENTO

Ministério da Saúde – Secretaria de Vigilância em Saúde, por meio do edital 197/2012.

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (Fapemig), por meio do edital 03/2014.

### REFERÊNCIAS

1. Segurado AC, Cassenote AJ, Luna EA. Saúde nas metrópoles: doenças infecciosas. *Estud Av* [Internet]. 2016;30(86):29-49. doi: 10.1590/S0103-40142016.00100003
2. World Health Organization. Department of Control Neglected Tropical Diseases. Global leprosy update, 2017: reducing the disease burden due to leprosy. *WER* [Internet]. 2018 [cited 2018 Jan 7];93(35):445-56. Available from: <https://www.who.int/wer/2018/wer9335/en/>
3. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 149, de 3 de fevereiro de 2016. 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. *Diário Oficial da União* [Internet]. 2016 [cited 2017 Mar 25];84(1):121. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0149\\_04\\_02\\_2016.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0149_04_02_2016.html)
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* [Internet]. 2017 Sept 22 [cited 2019 Jan 7];183(1):68. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)
5. Savassi LCM, Modena CM. Hanseníase e a atenção primária: desafios educacionais e assistenciais na perspectiva de médicos residentes. *Hansen Int* [Internet]. 2015 [cited 2017 Aug 15];40(2):2-16. Available from: [http://www.ils.br/revista/detalhe\\_artigo.php?id=12359](http://www.ils.br/revista/detalhe_artigo.php?id=12359)
6. Moreira ESM, Barbosa NB. Fisioterapia na atenção primária em saúde – o processo de implantação dos NASF em Anápolis-Goiás. *Rev Educ Saúde* [Internet]. 2016 [cited 2017 Jul 1];4(1):26-34. Available from: <http://revistas.unievangelica.edu.br/index.php/educacaoensaude/article/view/1692/1548>
7. Saltarelli RMF, Seixas DHT. Limites e possibilidades na atenção ao portador de hanseníase no âmbito da estratégia saúde da família. *Rev APS* [Internet]. 2016 [cited 2017 Aug 17];19(4):613-22. Available from: <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/2443/1041>
8. Monteiro LD, Mota RMS, Martins-Melo FR, Alencar CH, Heukelbach J. Social determinants of leprosy in a hyperendemic State in North Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2017;51:1-11. doi: 10.1590/s1518-8787.2017051006655
9. Ministério da Saúde (BR). Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: Primary Care Assessment Tool PCATool-Brasil [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [cited 2018 Jun 9]. Available from: [http://bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/services/e-books/manual\\_avaliacao\\_pcatool\\_brasil.pdf](http://bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/services/e-books/manual_avaliacao_pcatool_brasil.pdf)
10. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco; 2002.
11. Vieira NF, Lanza FM, Lana FCF, Martínez-Riera JR. Assessment of the attributes of primary health care in leprosy control actions. *Rev Enferm UERJ*. 2018;26:e31925. doi: 10.12957/reuerj.2018.31925
12. 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]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2014.

13. Sousa GS, Silva RLF, Xavier MB. Atributos da atenção primária em saúde no controle da hanseníase: ótica do enfermeiro. *Rev Baiana Enferm.* 2017;31(1):1-10. doi: 10.18471/rbe.v31i1.17251
14. Ribeiro MDA, Castillo IS, Silva JCA, Oliveira SB. The nurse's view on leprosy treatment in primary health care. *Rev Bras Promoç Saúde.* 2017;30(2):221-28. doi: 10.5020/18061230.2017.p221
15. Sousa GS, Silva RLF, Xavier MB. Hanseníase e Atenção Primária à Saúde: uma avaliação de estrutura do programa. *Saúde Debate.* 2017;41(112):230-42. doi: 10.1590/0103-1104201711219
16. Girão Neta OA, Arruda GMMS, Carvalho MMB, Gadelha RRM. Health professionals' and managers' perception of leprosy care within the family health strategy. *Rev Bras Promoç Saúde.* 2017;30(2):239-48. doi: 10.1590/1980-5497201700040013
17. Gomes FBFF, Lana FCF, Oliveira RC, Rodrigues RN. Indicators of leprosy in the state of Minas Gerais and its relationship with the municipal human development index and the coverage of the family health strategy. *Rev Min Enferm.* 2017;21:e-1063. doi: 10.5935/1415-2762.20170073
18. World Health Organization. Department of Control Neglected Tropical Diseases. Global Leprosy Strategy 2016-2020: accelerating towards a leprosy-free world [Internet]. New Delhi: WHO; 2016 [cited 2018 Dec 20]. Available from: [http://apps.searo.who.int/PDS\\_DOCS/B5233.pdf](http://apps.searo.who.int/PDS_DOCS/B5233.pdf)
19. Lanza FM, Vieira NF, Oliveira MMC, Lana FCF. Instrumento para avaliação das ações de controle da hanseníase na Atenção Primária. *Rev Bras Enferm.* 2014;67(3):339-46. doi: 10.5935/0034-7167.20140044
20. Lanza FM, Vieira NF, Oliveira MMC, Lana FCF. Evaluation of leprosy control actions developed in primary care: a proposed tool for managers. *Rev Min Enferm.* 2014;18(3):606-13. doi: 10.5935/1415-2762.20140044
21. Araújo KMFA, Leano HAM, Rodrigues RN, Bueno IC, Lana FCF. Tendência de indicadores epidemiológicos da hanseníase em um estado endêmico. *Rev Rene.* 2017;18(6):771-8. doi: 10.15253/2175-6783.2017000600010
22. Schneider PB, Freitas BHBM. Tendência da hanseníase em menores de 15 anos no Brasil, 2001-2016. *Cad. Saúde Pública.* 2018;34(3):e00101817. doi: 10.1590/0102-311X00101817
23. Souza CDF, Matos TS. Análise de tendência dos indicadores de monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços de hanseníase em município prioritário do Nordeste brasileiro. *Rev Bras Pesqui Saúde [Internet].* 2017 [cited 2018 Nov 03];19(4):75-83. Available from: <http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/view/19806/13228>
24. Oliveira LB, Alves ES, Araújo TME, Melo IV, Araújo RPS, Marques LMF. Epidemiological profile of leprosy in a municipality in the Brazilian Northeast: a retrospective analysis. *Rev Pesqui Cuid Fundam.* 2017;9(3):648-52. doi: 10.9789/2175-5361.2017.v9i3.648-652
25. Ribeiro GC, Lana FCF. Physical disabilities in leprosy: characterization, factors related and evolution. *Cogitare Enferm [Internet].* 2015 [cited 2017 May 2];20(3):495-502. Available from: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/08/1159/41246-162514-1-pb.pdf>
26. Rodrigues FF, Calou CGP, Leandro TA, Antezana FJ, Pinheiro AKB, Silva VM, et al. Knowledge and practice of the nurse about leprosy: actions of control and elimination. *Rev Bras Enferm.* 2015;68(2):271-7. doi: 10.1590/0034-7167.2015680216i
27. Al-Awaidy ST. Progress towards a leprosy-free country: the experience of Oman. *Plos Negl Trop Dis.* 2017;11(11):e0006028. doi: 10.1371/journal.pntd.0006028
28. Alencar MN, Coimbra LC, Moraes APP, Silva AAM, Pinheiro SRA, Queiroz RCS. Avaliação do enfoque familiar e orientação para a comunidade na Estratégia Saúde da Família. *Ciênc Saúde Colet.* 2014;19(2):353-64. doi: 10.1590/1413-81232014192.08522012
29. Silva NC, Giovanella L, Mainbourg EMT. A família nas práticas das equipes de Saúde da família. *Rev Bras Enferm.* 2014;67(2):274-81. doi: 10.5935/0034-7167.20140037
30. Muthuvel T, Govindarajulu S, Isaakidis P, Shewade HD, Rokade V, Singh R, et al. "I wasted 3 years, thinking it's not a problem": patient and health system delays in diagnosis of leprosy in India: a mixed-methods study. *Plos Negl Trop Dis.* 2017;11(1):e0005192. doi: 10.1371/journal.pntd.0005192
31. Silva LSR, Silva TM, Rocha JT, Andrade WG, Lessa EC, Correia NS. Nursing care for leprosy patients assisted by the family health program. *Rev Enferm UFPE.* 2016;10(11):4111-7. doi: 10.5205/reuol.9881-87554-1-EDSM1011201637
32. Turci MA, Lima-Costa MF, Macinko J. Influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros. *Cad Saúde Pública.* 2015;31(9):1941-52. doi: 10.1590/0102-311X00132114