



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE**

**SONIA PAIVA DE OLIVEIRA**

**ACESSIBILIDADE AO EXAME DE CONTATO DE  
HANSENÍASE NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA  
EM CUIABÁ, MATO GROSSO - BRASIL.**

Salvador  
2013

**SONIA PAIVA DE OLIVEIRA**

**ACESSIBILIDADE AO EXAME DE CONTATO DE  
HANSENÍASE NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA  
EM CUIABÁ, MATO GROSSO - BRASIL.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, como pré-requisito parcial para obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva na área de concentração Avaliação de Tecnologias em Saúde.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Alcione Brasileiro Oliveira Cunha

Salvador  
2013

**SONIA PAIVA DE OLIVEIRA**

**ACESSIBILIDADE AO EXAME DE CONTATO DE  
HANSENÍASE NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA  
EM CUIABÁ, MATO GROSSO - BRASIL.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, como pré-requisito parcial para obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva na área de concentração Avaliação de Tecnologias em Saúde.

**BANCA EXAMINADORA**

Dra. Alcione Brasileiro Oliveira Cunha – Orientadora \_\_\_\_\_  
Doutora em Saúde Coletiva/UFBA  
Universidade Federal da Bahia

Dr. Juarez Pereira Furtado – Membro externo \_\_\_\_\_  
Pós-Doutorado em Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva/ UNICAMP, Brasil.  
Universidade Federal de São Paulo

Dra. Susan Martins Pereira \_\_\_\_\_  
Doutora em Epidemiologia de Enfermidades Transmissíveis, Metodologia  
Epidemiológica/UFBA  
Universidade Federal da Bahia

## AGRADECIMENTOS

Gostaria de registrar meu agradecimento a todas as pessoas e instituições que contribuíram para a realização deste trabalho, especialmente:

Ao Deus e a minha fé que me mantém firme nos meus propósitos.

A minha família, fonte de inspiração.

A professora Dr<sup>a</sup>. Alcione Brasileiro Oliveira Cunha, pelas orientações e estímulos ao trabalho.

As Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde de Mato Grosso e Cuiabá, pela dispensa essencial a realização deste trabalho.

A todos os entrevistados pela confiança e disponibilidade de tempo.

Aos colegas do Curso de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva/MP - MT - ISC/UFBA, verdadeiras preciosidades.

A todos os professores e colaboradores do Curso de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva/MP - MT-ISC/UFBA.

Aos funcionários do ISC/UFBA, especialmente a Sônia Malheiros que sempre atendeu minhas solicitações de maneira atenciosa e eficiente.

A todos os amigos e em especial a Marcelo Guilherme de Souza pela colaboração na elaboração das tabelas e gráfico e a Sérgio Bianco Júnior pelo apoio e amizade.

OLIVEIRA, Sônia Paiva de. 2013. Acessibilidade ao exame de contato de hanseníase na Estratégia de Saúde da Família em Cuiabá, Mato Grosso - Brasil. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013.

## RESUMO

A hanseníase ainda é um sério problema de saúde pública em alguns países do mundo, entre eles o Brasil, que ocupa o segundo lugar em número de casos absolutos, responsável por 93% dos casos notificados nas Américas em 2009. Ainda que tenham ocorrido melhorias significativas nas últimas duas décadas, a heterogeneidade do território brasileiro expõe o complexo desafio no enfrentamento da doença, pois ainda existem regiões hiperendêmicas, concentradas, sobretudo, na chamada Amazônia Legal Brasileira, onde se localiza o estado de Mato Grosso. Esse estado ocupou em 2011 o primeiro lugar em número de casos novos detectados entre os 27 estados da federação, estando sua capital Cuiabá em situação de hiperendemicidade pelos parâmetros do Ministério da Saúde. Após aferir a avaliabilidade do Programa Estadual de Hanseníase constatou-se que um dos problemas enfrentados pelas equipes de saúde é a realização do exame dos contatos, cuja cobertura encontra-se abaixo do esperado para que se possa interromper a cadeia de transmissão da doença na maioria dos estados brasileiros. Assim, este estudo pretende explicar quais características dificultam ou facilitam a acessibilidade ao exame de contatos de hanseníase na Estratégia de Saúde da Família em Cuiabá/MT. Pretende ainda subsidiar os gestores locais com vistas a melhorar a acessibilidade a essa importante estratégia de identificação precoce de novos casos da doença. Trata-se de pesquisa do tipo qualitativa, exploratória, delineada através de estudo de caso em duas unidades de saúde da família, por meio de análise documental, observação sistemática e entrevistas semiestruturadas com informantes-chave. O Projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto de Saúde Coletiva - ISC/UFBA, e os entrevistados assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A análise da acessibilidade foi realizada em duas dimensões, no âmbito da organização do sistema e do serviço de saúde. Na primeira dimensão, a avaliação demonstrou que o município encontra-se em situação insatisfatória, evidenciado pela inexistência de plano com ações e metas específicas para o desenvolvimento das ações, falta de garantia de acesso ao serviço de saúde e de insumos para o exame de contatos. Na segunda dimensão, observou-se que as unidades foram consideradas de situação intermediária (USF1) e insatisfatória (USF2), indicando a existência de problemas relacionados à acessibilidade. As principais dificuldades observadas relacionadas à acessibilidade se deram devido à centralização da realização do exame de baciloscopia no LACEC, a ausência de atividades educativas e conseqüentemente de informações sobre a doença, que tem levado ao estigma, medo do diagnóstico ou falta de conscientização sobre a importância do exame por parte dos contatos. No âmbito do sistema, recomenda-se a composição de uma equipe de trabalho para coordenar as ações no município e proposição de uma política de capacitação contínua de recursos humanos voltados para hanseníase. Quanto à organização do serviço deve-se atentar para a implantação do terceiro turno nas unidades de saúde para atender a demanda de trabalhadores e para o aumento do número de ACS, indispensáveis na busca ativa de casos novos, de contatos faltosos e ações educativas, bem como rever a normatização do MS quanto ao exame dos contatos, pois não está baseado em evidências científicas.

**Palavras chave:** Acessibilidade; Exame de contatos; Hanseníase.

OLIVEIRA, Sonia Paiva of. 2013. Accessibility Contact examination of leprosy in the Family Health Strategy in Cuiabá, Mato Grosso - Brazil. Dissertation (Masters in Public Health). Public Health Institute, Federal University of Bahia, Salvador, 2013.

## ABSTRACT

Leprosy is still a serious public health problem in some countries, including Brazil, which ranks second in absolute number of cases, accounting for 93% of cases reported in the Americas in 2009. Although significant improvements have occurred over the past two decades, the heterogeneity of the Brazilian territory exposes the complex challenge in fighting the disease, because there are still highly endemic areas, concentrated mainly in the Brazilian Amazon called, where is the state of Mato Grosso. This state occupied in 2011 the first place in the number of new cases detected among the 27 states of the federation, with its capital in Cuiabá situation hyperendemicity parameters by the Ministry of Health. After assessing the evaluability of the State Program of leprosy was found that one of the problems faced by health teams is the examination of contacts, whose coverage is lower than expected so that we can break the chain of transmission of the disease in most states. This study aims to explain which characteristics hinder or facilitate accessibility to the examination of contacts of leprosy in the Family Health Strategy in Cuiaba/MT. It also aims to support local managers in order to improve accessibility to this important strategy for early identification of new cases of the disease. This is a qualitative research, exploratory, outlined through a case study in two health of the family, through document analysis, systematic observation and semi-structured interviews with key informants. The project was approved by the Research Ethics Committee (CEP) of the Public Health Institute - ISC / UFBA, and interviewees signed a consent form. The affordability analysis was performed in two dimensions, under the organization of the system and the health service. In the first dimension, the evaluation showed that the municipality is an unsatisfactory situation, evidenced by the lack of action plan with specific targets and actions for development, lack of guaranteed access to health services and inputs to take contact. In the second dimension, we found that the units were considered intermediate situation (USF1) and unsatisfactory (USF2), indicating the existence of problems related to accessibility. The main difficulties encountered related to accessibility gave up due to the centralization of the examination of the smear LACEC, lack of educational activities and consequently information about the disease, which has led to stigma, fear of diagnosis or lack of awareness about the importance examination by the contacts. Under the system, it is recommended that the composition of a team working to coordinate actions in the county and proposing a policy of continuous training of human resources toward leprosy. Regarding the organization of the service must pay attention to the implementation of the third shift in the health units to meet the demand for workers and to increase the number of ACS, indispensable in active search of new cases of missing contacts and educational activities, as well how to review the regulation of MS as the examination of contacts, because it is not based on scientific evidence.

Keywords: Accessibility; Exam contacts; Leprosy

## ILUSTRAÇÕES

**Figura 1 - Modelo teórico/lógico para análise da acessibilidade ao exame de contato de hanseníase na Estratégia de Saúde da Família em Cuiabá, Mato Grosso .....20**

**Gráfico 1 - Classificação do grau de implantação da acessibilidade ao exame de contato de hanseníase a partir da 2ª dimensão (organização dos serviços), em duas unidades de Saúde da Família em Cuiabá/MT, Brasil, 2011 .....29**

**LISTA DE TABELAS**

**Tabela 1 - Matriz de dimensões e critérios para análise da acessibilidade ao exame de contato de hanseníase na Estratégia de Saúde da Família de Cuiabá/Mato Grosso ...26**

**Tabela 2 - Escores obtidos por Unidades de Saúde da Família, segundo dimensão e critérios relacionados à organização dos serviços voltados para a acessibilidade ao exame de contato de hanseníase em Cuiabá/MT, Brasil – 2011.....28**

**LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

<b>ACS</b>	Agente Comunitário de Saúde
<b>BCG</b>	Bacillus Calmette-Guérin
<b>CI</b>	Caso índice
<b>CRAS</b>	Centro de Referência de Assistência Social
<b>CERMAC</b>	Centro Estadual de Referência de Média e Alta Complexidade
<b>ESF</b>	Estratégia de Saúde da Família
<b>LACEC</b>	Laboratório Central
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>OPAS</b>	Organização Pan-Americana de Saúde
<b>PACS</b>	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
<b>PAVS</b>	Programação das Ações de Vigilância em Saúde
<b>PECH</b>	Programa Estadual de Controle da Hanseníase
<b>PMCH</b>	Programa Municipal de Controle da Hanseníase
<b>PNCH</b>	Programa Nacional de Controle da Hanseníase
<b>PNEH</b>	Programa Nacional Eliminação da Hanseníase
<b>PTA</b>	Plano de Trabalho Anual
<b>PSF</b>	Programa de Saúde da Família
<b>SCNES</b>	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
<b>SMS</b>	Secretaria Municipal de Saúde
<b>SINAN</b>	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
<b>SISPACTO</b>	Instrumento virtual para preenchimento e registro da pactuação de prioridades, objetivos, metas e indicadores do Pacto pela Saúde
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>USF</b>	Unidade de Saúde da Família
<b>VEC</b>	Vigilância Epidemiológica de Contatos

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>2. OBJETIVOS .....</b>	<b>16</b>
2.1. Objetivo Geral .....	16
2.2. Objetivos Específicos .....	16
<b>3. METODOLOGIA.....</b>	<b>17</b>
3.1. CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO .....	17
3.2. MODELO TEÓRICO LÓGICO DA AVALIAÇÃO DA ACESSIBILIDADE DO EXAME DE CONTATOS DE HANSENÍASE .....	18
3.3. DESENHO DA INVESTIGAÇÃO .....	21
<b>3.3.1. Estudo de avaliabilidade .....</b>	<b>21</b>
<b>3.3.2. Estudo de avaliação da acessibilidade ao exame de contato de hanseníase ..</b>	<b>22</b>
3.3.2.1. Desenho de estudo .....	22
3.3.2.2. Seleção da amostra .....	23
3.3.2.3. Coleta de dados.....	24
<b>3.3.3. Aspectos éticos .....</b>	<b>25</b>
<b>4. RESULTADOS .....</b>	<b>29</b>
<b>5. DISCUSSÃO .....</b>	<b>40</b>
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>45</b>
<b>7. REFERÊNCIAS .....</b>	<b>47</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>52</b>
<b>ANEXO.....</b>	<b>58</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A hanseníase ainda é um sério problema de saúde pública em alguns países do mundo. A meta de prevalência estabelecida em 1991 pela Organização Mundial de Saúde (OMS), para a eliminação da doença foi de menos de um caso/10.000 habitantes até o ano 2000 (OMS, 2005). O Brasil foi um dos nove países que não alcançaram essa meta em 2005, sendo responsável por 93% dos casos notificados nas Américas em 2009 (LOBO, 2011; OPAS, 2010).

Em 2011, a taxa de prevalência no Brasil foi de 1,54/ 10.000 habitantes (BRASIL, 2012), indicando a necessidade de dar continuidade a uma série de medidas tomadas na década anterior, visando o controle e a eliminação da doença enquanto problema de saúde pública no país, contribuindo assim para a redução da endemia.

A heterogeneidade do território brasileiro expõe o complexo desafio no enfrentamento da doença, pois ainda existem regiões hiperendêmicas, concentradas, sobretudo, na chamada Amazônia Legal brasileira que abrange os Estados do Amazonas, Amapá, Acre, Mato Grosso, oeste do Maranhão, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins. Essa região, em 2006 concentrou 40% dos casos de hanseníase, ainda que contasse com apenas cerca de 10% da população do país, enfatizando sua localização territorial (SANTOS et al., 2010). Nesse contexto, as regiões Norte e Centro Oeste mantêm as mais altas taxas de detecção de casos, evidenciando-se uma desigual evolução regional da endemia no país, o que indica a existência de espaços geográficos de diferentes vulnerabilidades (MAGALHÃES et al., 2011).

O estado de Mato Grosso apresentou em 2011, o maior coeficiente de detecção do país, de 85,3/100.000 habitantes, revelando situação de hiperendemicidade pelos parâmetros ministeriais, e o maior coeficiente de prevalência (7,71/10.000 habitantes) entre os estados da federação. A cidade de Cuiabá, especificamente, neste mesmo ano, apresentou coeficiente de detecção de casos novos de 55,5/100.000 habitantes, colocando-a como município hiperendêmico, com 3,2/10.000 habitantes de coeficiente de prevalência, sendo considerado como município de média prevalência (BRASIL, 2012).

Em virtude da necessidade de melhorar a vigilância epidemiológica e estrategicamente contribuir para o controle da doença, em 2004 houve uma reestruturação do Programa Nacional Eliminação da Hanseníase (PNEH). Entre as ações, a melhoria do sistema de informação, com a atualização dos dados epidemiológicos, corrigindo distorções e

fragilidades no banco de dados. Também foram identificados municípios prioritários, considerando-se aqueles que possuíam em registro ativo no mínimo 50 casos de hanseníase em dezembro de 2003, e que tivessem diagnosticado em média, nos últimos cinco anos pelo menos 10 casos multibacilares e 2 casos em menores de 15 anos. A estratégia de seleção de municípios prioritários resultou no aumento da proporção de contatos examinados em Mato Grosso, onde pesquisa realizada numa coorte de contatos de hanseníase de 2000 a 2004, com 2005, revelou o aumento de casos novos detectados pelo exame de contatos em sete dos quinze municípios avaliados (OLIVEIRA et al., 2007).

A complexidade da questão levou à elaboração de um Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase a ser operacionalizado em nível municipal pelo Ministério da Saúde (MS) entre 2006 e 2010, estabelecendo como componente da estratégia de decisão política do governo brasileiro alcançar baixos níveis endêmicos da hanseníase e como meta principal alcançar a prevalência estabelecida pela OMS em 1991, em todos os municípios do país até 2010. O Plano orientou os diferentes níveis de complexidade de atenção à saúde, segundo os princípios do SUS, fortalecendo ações de vigilância epidemiológica visando à redução da endemia por meio da disponibilidade e acessibilidade de serviços de controle da hanseníase a todos os indivíduos (BRASIL, 2006), revelando preocupação por parte do Ministério da Saúde em tornar o Programa acessível a toda à população.

Apesar dos avanços no âmbito da lógica das ações desenvolvidas, observa-se que existem dificuldades importantes relacionadas à redução da endemia, visto que ao tempo em que os coeficientes de prevalência vêm diminuindo, os coeficientes de detecção, que indicam endemicidade continuam elevados, em virtude da continuidade na transmissão da doença entre as populações ou ainda pela detecção tardia de casos (SOBRINHO & MATHIAS, 2008). Essas situações impõem aos serviços de saúde a implantação de estratégias voltadas para melhoria da qualidade da assistência e da oferta de serviços, facilitando o contato dos usuários com os mesmos.

Nesta perspectiva, estudos apontam desafios relevantes na organização dos serviços para esse grupo populacional. Um importante aspecto a ser observado, reside na existência de barreiras e obstáculos no processo de busca e obtenção do cuidado, discutidos no âmbito da acessibilidade aos serviços.

Estudo realizado sobre a adesão de contatos de hanseníase à profilaxia em Cuiabá/MT concluiu que as dificuldades de adesão ao exame de contatos ocorrem devido a várias causas como dificuldade em conciliar horário de trabalho e funcionamento das unidades, sugerindo que a organização funcional das Unidades Básicas de Saúde precisa

atender as necessidades da população em termos de horário de funcionamento, propondo a organização do terceiro turno de trabalho (AUGUSTO & LOPES, 2006).

Outros estudos apontam diferentes dimensões a serem observados, como os problemas decorrentes de barreiras culturais e estigma social (CLARO, 1995; BAIALARDI, 2007) que dificultam o contato e o vínculo com a unidade e equipe de saúde. Nesse mesmo sentido, foram identificadas dificuldades dos usuários em encontrar profissionais capacitados para o diagnóstico, evidenciado pela proporção de pacientes diagnosticados com alguma deficiência física (ARANTES, et al., 2010; CURTO, 2007). Por sua vez, a distância entre a residência dos usuários e a unidades de saúde em áreas não cobertas ou com coberturas inadequadas do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa de Saúde da Família (PSF) e dificuldades financeiras com o deslocamento para serviços de referência e laboratórios, foi apontada como limitadores da continuidade do contato (LANZA & LANA, 2011; ARANTES et al., 2010).

Outra dimensão relevante nos estudos sobre hanseníase, tem sido a não realização do exame dos contatos intradomiciliares nos parâmetros indicados pelo MS, ação que aumenta a possibilidade de diagnosticar precocemente casos novos da doença e viabilizar seu possível controle. “Contatos intradomiciliares” são as pessoas que vivem ou viveram com o doente nos últimos cinco anos, sendo recomendado, através das normas vigentes, o exame de todos os contatos dos casos novos da doença, independente da forma clínica e orientações quanto às formas de transmissão, sinais e sintomas, e recomendação de retorno ao serviço de saúde, caso necessário (BRASIL, 2010). O exame é realizado por profissional médico ou enfermeiro (BRASIL, 2008), devidamente capacitado, e consiste no exame dermatoneurológico que avalia a existência de manchas na pele com perda de sensibilidade (térmica, dolorosa e tátil), e força muscular dos nervos periféricos, existência de cicatriz de vacina BCG com conduta adequada ao caso e orientações educativas (BRASIL, 2010). Apesar da relevância do acompanhamento dos contatos intradomiciliares observa-se que a atividade relacionada a esse controle tem sido pouco valorizada pelos serviços e profissionais de saúde, pois, na prática, existe um enfoque centrado no tratamento e cura dos doentes (PINTO NETO et al. 2000).

Mesmo sendo considerada uma ação importante para interromper a cadeia de transmissão da doença e detectar novos casos precocemente (IGNOTI, 2004), dados do MS demonstram que esta ação está muito aquém do ideal. Considera-se a cobertura de 75% o mínimo necessário para que ocorra o impacto necessário à mudança da situação atual da endemia no país (BRASIL, 2010), no entanto, tanto o Brasil (59,8%) quanto o estado de Mato

Grosso (63,5%) e Cuiabá (63,1%), em 2011, encontravam-se no parâmetro regular neste indicador (BRASIL, 2012), advindo deste fato, entre outros, a dificuldade de atingir a meta de prevalência preconizada mundialmente.

A relevância do exame de contatos de hanseníase para a detecção precoce e bloqueio da transmissão, pode ser constatada em diversos estudos. A avaliação dessa ação no Rio Grande do Sul de 2000 a 2005 indica que a intensificação de ações voltadas para o seguimento do contato intradomiciliar resultou em um incremento no percentual de casos novos em 22%, sendo fundamental para que o estado tivesse atingido a meta de eliminação da doença enquanto problema de saúde pública (CAMELLO, 2006). Outro estudo realizado no Paraná a partir de um trabalho descritivo com dados do SINAN demonstrou que dos 1.055 casos de hanseníase atendidos no município de Londrina entre 1996 e 2005, 83,7% tinham contatos registrados nas fichas de controle. Dos 3.394 contatos registrados apenas 1.731 (51%) passaram por avaliação dermatoneurológico, 183 apresentavam algum sinal de hanseníase, dos quais 120 não concluíram a investigação, 16 (0,9%) foram confirmados como caso novo da doença (DESSUNTI et al., 2008).

Em estudo realizado no município de Campos de Goytacazes /RJ, constataram prevalência de 16% de pacientes detectados através do exame de contatos do total de 564 casos notificados, valorizando as medidas de controle dos contatos para a interrupção da cadeia de transmissão da doença (LOBO et al., 2011). Estratégias para resgatar e avaliar contatos faltosos de doentes com hanseníase também são evidenciadas como relevantes para aumentar a cobertura do exame dos contatos e facilitar o acesso dos usuários aos serviços (VIEIRA et al., 2008), reduzindo, conseqüentemente, as incapacidades físicas e o custo do tratamento (CURTO et al., 2007).

A realização do exame de contatos tem grande importância para o diagnóstico precoce e uma das questões inerentes a esse fato reside no fortalecimento das atividades de busca ativa e da capacidade dos serviços de saúde em mostrarem-se acessíveis.

Nesse estudo, adotou-se a concepção de acessibilidade conforme Donabedian, tratando-se daquelas características dos serviços que permitem que os mesmos sejam mais facilmente utilizados pelos usuários (DONABEDIAN, 1988). A discussão sobre a acessibilidade ao exame de contatos de hanseníase na Estratégia de Saúde da Família foi realizada a partir do reconhecimento de que a acessibilidade se constitui uma importante etapa para a obtenção do cuidado. Nesse sentido, é possível que existam dificuldades no processo de busca e obtenção do cuidado pelos contatos de pacientes em tratamento de hanseníase, decorrentes de problemas organizacionais e geográficos. Ainda, o estigma social da doença e

a falta de conhecimento sobre as formas de transmissão podem acarretar vergonha, medo ou até desinteresse por parte do doente e de seus contatos, quanto à necessidade de comparecer ao serviço de saúde para a realização de consulta, implicando em diagnósticos tardios de casos novos, prejudicando assim, a redução da prevalência.

Diante do desafio da organização do PNCH/MS, do acompanhamento e realização do exame de contatos de hanseníase e da constatação que estudos sobre o tema ainda são escassos em Mato Grosso e em Cuiabá, esse estudo pretende explicitar, quais características dificultam ou facilitam a acessibilidade ao exame de contatos de hanseníase na estratégia de saúde da família, com relação aos aspectos organizacionais e geográficos. Pretende subsidiar os gestores locais com vistas a melhorar a acessibilidade a essa importante estratégia de identificação precoce de novos casos da doença.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. OBJETIVO GERAL**

Analisar a acessibilidade ao exame de contatos de hanseníase na Estratégia de Saúde da Família no município de Cuiabá/MT.

### **2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Caracterizar a acessibilidade organizacional e geográfica dos contatos de pacientes de hanseníase;
- Identificar as barreiras organizacionais, geográficas e culturais que dificultam o acesso ao exame de contatos de hanseníase.

### 3. METODOLOGIA

#### 3.1. CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO

Cuiabá é capital do Estado de Mato Grosso. Integram o município os distritos de Coxipó da Ponte, Coxipó do Ouro e Guia, estando organizada em quatro regiões administrativas, com extensão territorial de 3.538,17 Km<sup>2</sup> e densidade demográfica de 1,56 habitantes.

Cortam o município as rodovias federais: BR 364 (São Paulo, Rondônia e Acre), BR 163 (Mato Grosso do Sul e Pará), BR 070 (Cáceres, Brasília) e as rodovias Estaduais MT 010 (Cuiabá a Rosário Oeste), a MT 040 (Cuiabá a Santo Antonio do Leverger) e a MT 251/020 (Cuiabá à Chapada dos Guimarães).

A população total do município em 2011 era de 551.098 habitantes, segundo estimativa do IBGE, sendo 281.894 do sexo feminino (correspondendo a 51,15% da população) e do sexo masculino 269.204, sendo considerado município de grande porte pelos parâmetros deste órgão (IBGE, 2011).

O município está na gestão plena do sistema de saúde desde 1998 e nesse período sofreu grande rotatividade de Secretários Municipais de saúde. A descontinuidade das ações voltadas à melhoria dos indicadores de saúde, e os baixos investimentos nas ações preventivas reflete nas condições de saúde da população.

A rede de serviços de saúde pública e privada que presta serviços ao SUS no município de Cuiabá é composta de 190 unidades, onde 156 estão em gestão municipal (Cuiabá, 2012).

A rede de atenção básica é composta de 86 (oitenta e seis) unidades na atenção básica, sendo 21 (vinte e um) Centros de Saúde e 65 (sessenta e cinco) equipes do Programa de Saúde da Família (PSF). A cobertura do PACS e PSF era de 38,81% e 39,23%, respectivamente em 2011 (DATASUS, 2012).

Com relação às características populacionais, relevo e situação socioeconômica das populações assistidas nas duas unidades de saúde estudadas ocorrem semelhanças já que ambas possuem população, na sua maioria, de baixa renda, baixa escolaridade, com problemas típicos de bairros periféricos como alta densidade populacional, rede de água e esgoto inexistente ou imprópria, ruas sem asfalto e terrenos em declive, inclusive os destinados à construção das unidades de saúde (Cuiabá, 2007).

### 3.2. MODELO TEÓRICO LÓGICO DA AVALIAÇÃO DA ACESSIBILIDADE DO EXAME DE CONTATOS DE HANSENÍASE

A acessibilidade é considerada uma dimensão relacionada à disponibilidade de recursos de atenção à saúde e suas características, que podem facilitar ou dificultar o seu uso por parte de clientes potenciais. A discussão sobre a acessibilidade ao exame de contatos de hanseníase na Estratégia de Saúde da Família de Cuiabá foi realizada a partir do reconhecimento de que a acessibilidade se constitui uma importante etapa para a obtenção do cuidado. Nesse estudo, essa questão foi analisada à luz da discussão realizada por Donabedian (1988) em que essa dimensão refere-se àquelas características dos serviços que permitem que os mesmos sejam mais facilmente utilizados pelos usuários potenciais. Desse modo, é considerada como uma característica adicional à mera presença ou disponibilidade de um serviço em um lugar e em um determinado momento (Donabedian, 1988). Ainda, conforme este autor, a acessibilidade “representa um importante componente de um sistema de saúde no momento em que se efetiva o processo de busca e obtenção do cuidado” (1988). É, portanto, uma característica da oferta dos serviços que, que podem facilitar ou dificultar o seu uso por parte de clientes potenciais, ou seja, resulta da combinação de fatores e de distintas dimensões (STARFIELD, 2002; GIOVANELLA e FLEURY, 1996).

Nesse trabalho, essas dimensões foram observadas em duas perspectivas: a) no âmbito do sistema de saúde, caracterizado pela garantia de acesso universal ao serviço e nesse caso, viabilizada com a estratégia de saúde da família, pela garantia de insumos para a realização dos exames e pela vigilância epidemiológica dos contatos; b) pela organização do serviço, que pode ser analisado em dois aspectos: a acessibilidade organizacional: compreendida como os aspectos do funcionamento dos serviços que interferem na relação usuário x serviços e a acessibilidade geográfica: compreendida como a distribuição espacial dos recursos, a existência de transporte e a localização das unidades, nesta perspectiva, diversos fatores podem facilitar ou dificultar o acesso.

Nesse processo, deve-se considerar a importância das barreiras culturais que podem dificultar o contato com os serviços, visto que as características clínicas da doença podem produzir reações sociais de preconceito e medo do contágio pelo lado dos profissionais, e em decorrência, no lado dos usuários, medo da exposição por conta do estigma social gerado. Esses aspectos falam favorável à necessidade de diagnóstico e tratamento precoce, visto que as manifestações externas da hanseníase, quando tornadas

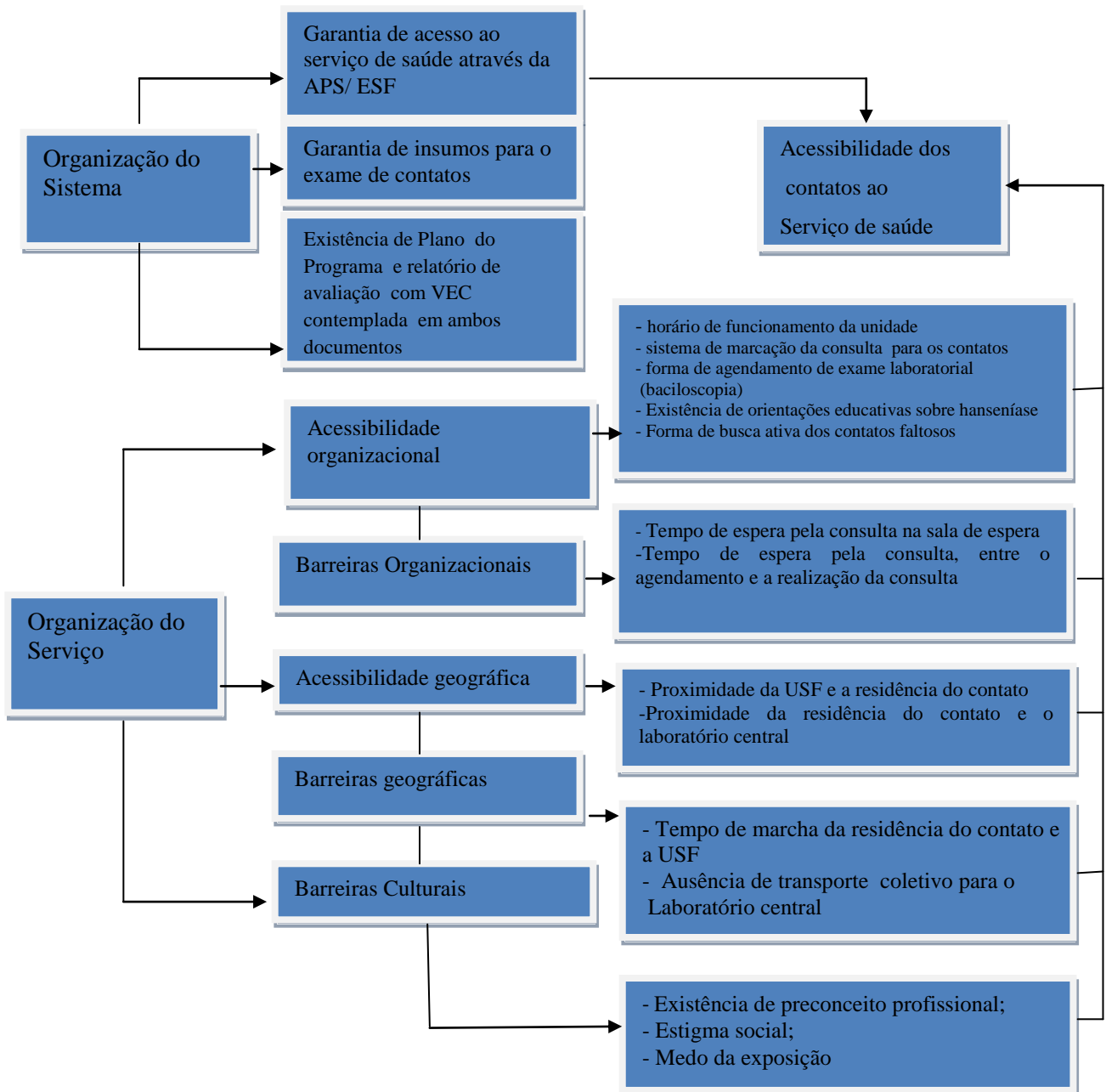
visíveis pelas deformidades e incapacidades resultantes da ausência de tratamento é que provocariam o estigma da doença (BITTENCOURT, LP et al., 2010).

Essa acessibilidade certamente é influenciada por algumas características dos usuários em função de suas condições sociais, como escolaridade e renda, e dos profissionais em função de suas trajetórias profissionais e reconhecimento do problema no âmbito da atenção básica (CUNHA & VIEIRA-DA-SILVA, 2010). Nessa perspectiva, a existência de obstáculos sejam organizacionais, geográficos ou culturais podem ser superados com maior ou menor facilidade em virtude das características individuais dos usuários.

Cabe ressaltar que a acessibilidade a serviços de saúde pressupõe a garantia de oferta de serviços voltados para as necessidades individuais e coletivas. Nesse contexto, reconhece-se a importância da reorganização do modelo de atenção à saúde, com a definição da Atenção Primária como porta de entrada prioritária aos serviços, mediante a Estratégia de Saúde da Família (ESF), priorizando a territorialização, participação social, o acolhimento e a integralidade na oferta das ações (BRASIL, 1997). A estratégia de saúde da família (ESF) constitui elemento essencial nesse estudo, devido ao reconhecimento de que é atribuição primordial da atenção básica tanto o diagnóstico quanto a vigilância dos contatos de hanseníase.

A descrição desses elementos presentes no modelo (Figura 1) buscam explicitar os aspectos presentes na organização do sistema e serviços de saúde, que podem contribuir para facilitar ou dificultar o contato dos usuários com os serviços.

**Figura 1: Modelo teórico/lógico para análise da acessibilidade ao exame de contato de hanseníase na Estratégia de Saúde da Família de Cuiabá/ MT - Brasil - 2011.**



APS: Atenção Primária à Saúde  
 ESF: Estratégia de Saúde da Família  
 VEC: Vigilância Epidemiológica de Contatos  
 USF: Unidade de Saúde da Família

**Fonte:** Modelo adaptado de CUNHA e VIEIRA-DA-SILVA (2010)

### 3.3. DESENVOLVIMENTO DA INVESTIGAÇÃO

Esse trabalho foi desenvolvido em duas etapas, sendo inicialmente realizada a avaliabilidade do Programa Estadual de Controle da Hanseníase de Mato grosso, e posteriormente a avaliação da acessibilidade ao exame de contatos de hanseníase no Município de Cuiabá.

#### 3.3.1. Estudo de avaliabilidade

A Avaliabilidade de um programa ou intervenção consiste no exame sistemático e preliminar do mesmo, em sua teoria e em sua prática, a fim de determinar se há justificativa para uma avaliação extensa e (ou) para melhor delimitar os objetivos de um programa, bem como identificar áreas críticas a serem priorizadas na avaliação (VIEIRA DA SILVA & LIMA, 2008).

Nessa perspectiva, foi realizada a avaliabilidade do Programa de Controle da Hanseníase em MT, cujos procedimentos de coleta abordaram:

- Análise documental: os documentos analisados foram o Plano “Estratégia global para aliviar a carga da hanseníase e manter as atividades de controle da hanseníase - OMS - 2006/2010”; o Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase em nível municipal 2006-2010 (MS/2006); as portarias GM/MS nº 3.125/2010 e a nº 594/2010 que estavam disponíveis no Ambulatório de dermatologia do Centro Estadual de Média e Alta Complexidade (CERMAC) - SES/MT, e ainda as metas pactuadas no PAVS e SISPACTO 2010, que foram levantadas na coordenação estadual do programa;
- Entrevistas semiestruturadas: foram elaborados roteiros de entrevistas que foram aplicados a informantes chaves em busca de informações sobre os objetivos e atividades desenvolvidas pelos diferentes níveis de gestão e acompanhamento das ações em contatos com informantes chaves. Nesse momento foram entrevistados o Coordenador e uma técnica do PECH/MT, uma técnica (enfermeira) do ambulatório de dermatologia do serviço de referência e um usuário do mesmo serviço;

- Observação: foi elaborado um roteiro de observação para entender como o programa funcionava na sua prática, na relação entre os usuários e serviços e aspectos da relação dos profissionais e usuários sobre as ações desenvolvidas.

Como parte do processo de avaliabilidade, foi elaborado o modelo lógico preliminar do Programa Estadual de Hanseníase, cuja versão final está incorporada ao modelo teórico-lógico final (Figura 1), melhor descrito após a etapa de avaliação.

Como produto dessa etapa foi possível identificar que entre os aspectos colocados como situação problema na condução das ações, e considerado como relevante e merecedora de uma avaliação sistemática a observação da existência de dificuldades na realização do exame de contatos, situação que evidencia problemas na organização dos serviços de saúde com vistas a facilitar o contato dos usuários aos serviços. A partir dessa situação ocorreu prosseguimento por meio da avaliação da acessibilidade.

### **3.3.2. Estudo de avaliação da acessibilidade ao exame de contato de hanseníase**

#### **3.3.2.1. Desenho de estudo**

Trata-se de uma pesquisa do tipo qualitativa, exploratória, delineada através de estudo de caso no município de Cuiabá, em 2011, em duas Unidades de Saúde da Família (ESF), visando descrever a acessibilidade ao exame de contato de pacientes de hanseníase.

Nesta perspectiva a análise da acessibilidade ao exame de contato foi realizada em duas dimensões:

**a)** no âmbito do sistema de saúde, caracterizado pela garantia de acesso dos contatos ao serviço e pela garantia de insumos para a realização do exame de contatos, ambas verificadas em documentos oficiais.

**b)** no âmbito da organização do serviço de saúde, que foi analisada sob dois aspectos: a acessibilidade organizacional e geográfica. A primeira, compreendida como os aspectos do funcionamento do serviço como: horário de funcionamento das unidades; sistema de marcação de consulta para os contatos; forma de agendamento de exame laboratorial (baciloscopia); existência de orientações educativas sobre hanseníase e forma de busca ativa

dos contatos faltosos; a acessibilidade geográfica como: a distância entre a residência do contato e a USF, a distância entre a residência do contato e o laboratório central e a existência de transporte coletivo para o laboratório Central. Também foi verificada a existência de barreiras aos serviços medida pelo tempo de espera para a consulta na sala de espera e entre o agendamento e a realização da consulta; quanto às barreiras culturais, buscou-se identificar a existência de preconceito profissional e medo da exposição, aspectos que foram discutidos no corpo do trabalho, sem que esse dado compusesse a matriz final de julgamento.

Para análise da acessibilidade organizacional e a geográfica, foi elaborada uma matriz de análise (Tabela 1), onde para cada uma das dimensões foram estabelecidos critérios formulados com base nos documentos técnicos sobre o funcionamento dos serviços e na revisão de literatura sobre acessibilidade e exame de contatos. Foi atribuída a organização do sistema o total de 20 (vinte) pontos e à organização do serviço o total 80 (oitenta) pontos.

Para fins de classificação do grau de implantação das ações voltadas para a acessibilidade aos serviços de saúde, foi proposto o seguinte ponto de corte:

- Satisfatório - acima de 66,6 pontos;
- Intermediário - de 66,6 a 33,3;
- Insatisfatório - inferior a 33,3 pontos.

#### 3.3.2.2. Seleção da amostra

A seleção das equipes investigadas se deu a partir da análise do Relatório do Setor de Vigilância à Saúde (SVS) da Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá (Cuiabá, 2012), onde foi selecionada a regional que apresentou baixa cobertura de exame de contatos em 2011. Posteriormente, foi solicitada a supervisora de área desta regional, sugestões quanto à escolha das unidades a serem investigadas, sendo indicadas duas equipes com diferentes desempenhos dos serviços. Ou seja, uma equipe de saúde considerada exitosa e outra não exitosa, correspondendo no primeiro caso àquelas que examinaram 100% dos contatos registrados, e no segundo caso às que não examinaram nenhum dos contatos registrados. Desse modo foram selecionadas duas equipes que pertenciam a duas unidades de saúde vizinhas, tinham áreas territoriais contíguas e isso contribuiu para aumentar a evidência dos achados.

A USF 1 possuía duas equipes de trabalho, sendo que a equipe (ESF1) investigada tinha população adscrita estimada de 3.172 habitantes (dados da equipe), tendo os bairros extensão territorial de 76,33ha. A USF 2, conta com uma única equipe (ESF2), que foi investigada, com estimativa populacional de 3.212 habitantes com extensão territorial de 396,87 ha. A cobertura do PACS também apresenta distinções, estando uma área descoberta na equipe 1, e cinco na equipe 2. Ambas possuem redes sociais como escolas e creches, mas somente a equipe 1 enfatizou a parceria com o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), em algumas ações. Salienta-se que a equipe 1 (ESF1) possui melhor mapeamento das áreas de abrangência em relação ao número de famílias assistidas, distribuídas por faixa etária, sexo, patologias. A equipe 2 (ESF2) justifica a falta de dados atualizados devido à baixa cobertura do PACS e a uma delimitação geográfica equivocada a época da implantação do PSF.

### 3.3.2.3. Coleta de dados

A coleta de dados se deu por meio de:

- a) Análise documental realizada a partir dos documentos oficiais da SMS de planejamento e avaliação do Programa Municipal de hanseníase - Plano de Trabalho Anual do PMCH (PTA 2011) e relatório do Programa referente ao mesmo ano;
- b) Observação sistemática com roteiro pré-definido, cujos registros foram feitos em diário de campo, onde foram registradas as impressões do pesquisador durante toda a fase de coleta, momento essencial para captar aspectos subjetivos da organização dos serviços.
- c) Entrevistas semiestruturadas com 14 informantes-chave, com roteiro prévio abrangendo as seguintes categorias: a) um membro da equipe técnica do Programa de hanseníase da SMS/Cuiabá (E10); b) 09 profissionais de saúde das equipes selecionadas (E1 a E9), sendo 02 médicas, 02 enfermeiras, 01 técnica de enfermagem, 04 gentes comunitários de saúde; c) 04 contatos de pacientes de hanseníase (U1 a U4), sendo 2 examinados e 2 não examinados.

Nesse caso a proposta inicial seriam de 6 contatos, porém 01 caso índice não possuía contatos e foi excluído da pesquisa, 01 não aceitou participar, os outros dois não foram localizados por terem sido transferidos para outra unidade de saúde e não terem os endereços atualizados, sendo assim, só foi possível entrevistar 02 deles, um contato da equipe

1 e um da equipe 2. Assim, para aumentar o número de contatos entrevistados fez-se a busca de 2 contatos de pacientes notificados em outros anos. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas para análise posterior.

Ainda, foram observadas características individuais dos profissionais de saúde enquanto características facilitadoras da acessibilidade no processo de oferta do cuidado, em função do envolvimento com o processo de trabalho, compreendendo: a) formação profissional, b) vínculo empregatício, c) capacitação profissional.

Os contatos dos casos índice foram identificados através das segundas vias das fichas de notificação de hanseníase (modelo anexo), arquivadas nos prontuários dos pacientes diagnosticados como caso novo. Através desta ficha de notificação foi possível identificar o número de contatos registrados dos pacientes, bem como dados importantes de identificação dos casos índice como nome, endereço de residência, e a legibilidade da grafia. Do total, definiu-se que seria entrevistado um contato por caso índice, buscando entender como ocorreu o processo de busca e obtenção do cuidado.

Antes da ida a campo, o projeto foi apresentado à equipe de coordenação do programa e as duas equipes de saúde, com o agendamento das entrevistas.

### **3.3.3. Aspectos éticos**

O Projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto de Saúde Coletiva - ISC/UFBA, contemplando as exigências do CNS 196/96, e os entrevistados assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

**Tabela 1: Matriz de dimensões e critérios para análise da acessibilidade ao exame de contato de hanseníase na ESF de Cuiabá/MT.**

<b>Dimensões</b>	<b>Crítérios</b>	<b>Pontos máximos</b>	<b>Insatisfatório</b>	<b>Intermediário</b>	<b>Satisfatório</b>
Organização do Sistema (20 pontos)	1. Garantia de acesso dos contatos ao serviço de saúde explicitada em documentos oficiais e contemplando realização do exame de contatos	10	Acesso dos contatos não aparece como diretriz em documentos oficiais nem possuem ações definidas no PTA (0)	Acesso dos contatos aparece como diretriz em documentos oficiais, mas não há referências quanto sua implantação ou avaliação (5)	Acesso dos contatos aparece como diretriz em documentos oficiais e se traduz em ações concretas reveladas pelo PTA, Relatórios de gestão e do Programa (10)
	2. Garantia de insumos para o exame dos contatos	10	Não existe Programação para repasse de insumos (0)	Existe Programação, mas costuma faltar insumos (5)	Existem programação e repasse sistemático de insumos (10)
<b>Subtotal dimensão</b>		<b>20</b>			
Organização do Serviço Acessibilidade organizacional (60 pontos)	1. Horário de funcionamento da unidade	10	USF funcionando em um turno (0)	USF funcionando em dois turnos (5)	USF funcionando em três turnos (10)
	2. Sistema de marcação de consulta para os contatos	10	Contato agenda a consulta (0)	Profissional agenda na consulta do caso índice conforme disponibilidade da agenda profissional (5)	Profissional agenda na consulta do caso índice para todos os dias da semana (10)
	3. Tempo de espera da consulta na sala de espera	5	Superior a duas horas (0)	Entre duas e uma hora (2,5)	Inferior à uma hora (5)
	4. Forma de marcação de exame laboratorial (baciloscopia)	5	USF solicita exame laboratorial (baciloscopia), mas não referencia laboratório (0)	USF solicita exame laboratorial, referencia o laboratório e contato busca o resultado (2,5)	USF solicita o exame laboratorial, referencia o laboratório, resultado do exame é encaminhado a USF (5)

Continua

Continuação (tabela 1)

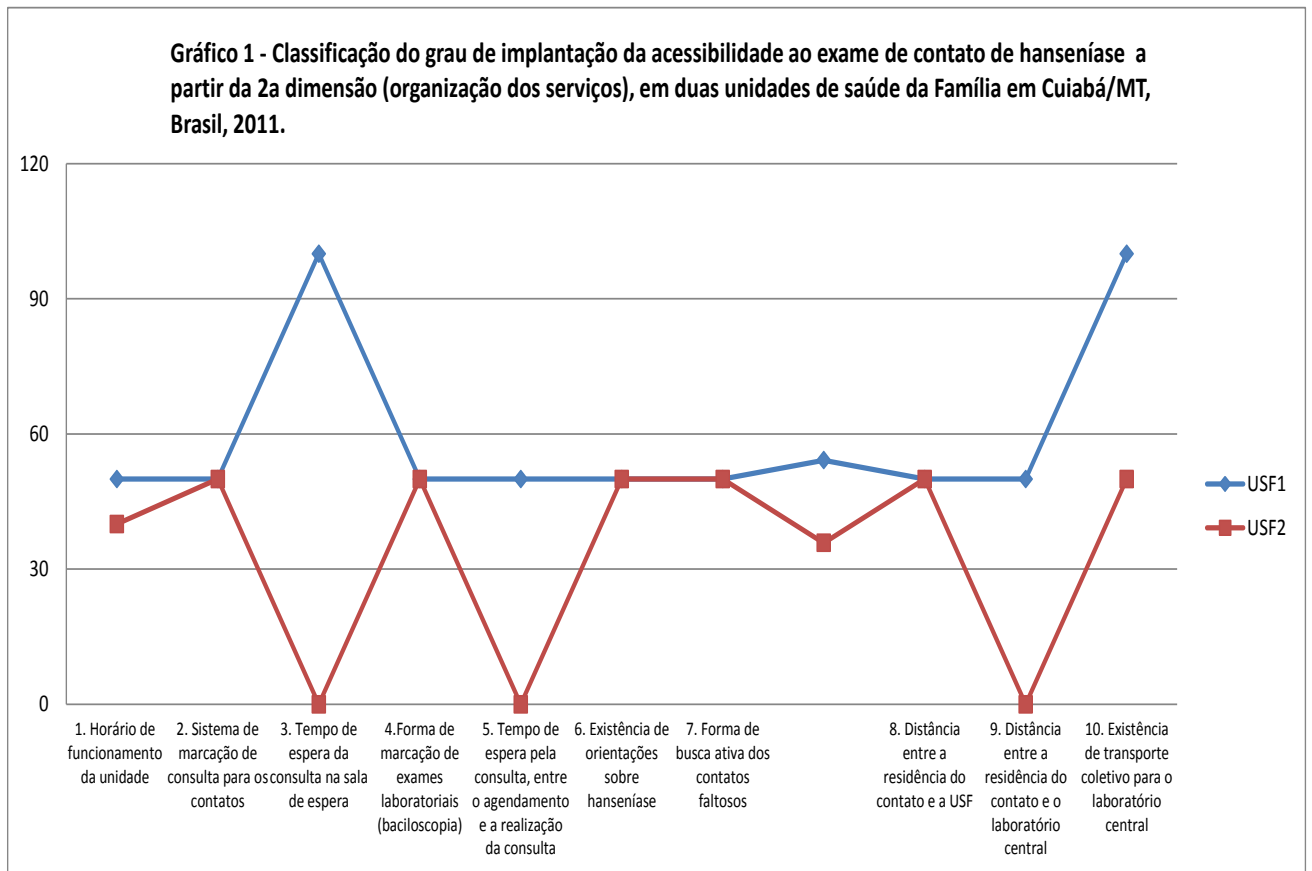
Dimensões	CrITÉrios	Pontos máximos	Insatisfatório	Intermediário	Satisfatório
Acessibilidade Organizacional (60 pontos)	5. Tempo de espera pela consulta (tempo entre o agendamento e realização da consulta)	10	Mais de 15 dias (0)	Entre 5 a 15 dias (5)	Menos de 5 dias (10)
	6. Existência de orientações educativas sobre hanseníase	10	Equipe não realiza orientações educativas sobre hanseníase (0)	Equipe realiza orientações educativas sobre hanseníase nas visitas domiciliares pelas ACS e nas consultas de PNS (5)	Equipe realiza orientações educativas sobre hanseníase por todos os profissionais, em visitas domiciliares, sala de espera e nas consultas de PNS de forma rotineira(10)
	7. Forma de busca ativa dos contatos faltosos	10	Não é realizada busca ativa dos contatos faltosos (0)	Busca ativa dos contatos faltosos é realizada pelo ACS que agenda consulta conforme disponibilidade do profissional (5)	Busca ativa dos contatos faltosos é realizada pelos ACS que agenda conforme disponibilidade do contato (10)
Acessibilidade geográfica (20 pontos)	8. Distância entre a residência do contato e a USF	10	Tempo de marcha maior que 30 minutos (0)	Tempo de marcha entre 30 a 15 minutos (5)	Tempo de marcha inferior a 15 minutos (10)
	9. Distância entre a residência do contato e o laboratório central	5	Tempo de deslocamento maior que 60' (0)	Tempo de deslocamento de 60' a 30' (2,5)	Tempo de deslocamento inferior a 30'(5)
	10. Existência de transporte coletivo para o laboratório Central	5	Não existe transporte coletivo para o laboratório (0)	Existe transporte coletivo para o laboratório com necessidade de utilizar sistema de integração (2,5)	Existe transporte coletivo direto para o laboratório (5)
	<b>Subtotal dimensão</b>	<b>80</b>			
	<b>Total</b>	<b>100</b>			

PTA: Plano de Trabalho Anual; ACS: Agente Comunitário de Saúde, USF: Unidade da Saúde da Família; PNS: Profissional de Nível Superior

Fonte: matriz adaptada de Cunha e Vieira-da-Silva (2010)

**Tabela 2 - Escores obtidos por Unidades de Saúde da Família, segundo dimensão e critérios relacionados à organização dos serviços voltados para a acessibilidade ao exame de contato de hanseníase em Cuiabá/MT, Brasil – 2011**

Organização do serviço	Critérios	USF1	%	USF2	%	Pontuação máxima
(acessibilidade organizacional)	1. Horário de funcionamento da unidade	5	50	4	40	10
	2. Sistema de marcação de consulta para os contatos	5	50	5	50	10
	3. Tempo de espera da consulta na sala de espera	5	100	0	0	5
	4. Forma de marcação de exames laboratoriais (baciloscopia)	2,5	50	2,5	50	5
	5. Tempo de espera pela consulta, entre o agendamento e a realização da consulta	5	50	0	0	10
	6. Existência de orientações educativas sobre hanseníase	5	50	5	50	10
	7. Forma de busca ativa dos contatos faltosos	5	50	5	50	10
subtotal dimensão		32,5	54	21,5	36	60
(acessibilidade geográfica)	8. Distância entre a residência do contato e a USF	5	50	5	50	10
	9. Distância entre a residência do contato e o laboratório central	2,5	50	0	0	5
	10. Existência de transporte coletivo para o laboratório central	5	100	2,5	50	5
subtotal dimensão		12,5	63	7,5	38	20
	Total	45	56	24	30	80



#### 4. RESULTADOS

A partir da análise da avaliabilidade do Programa Estadual de Controle da hanseníase/MT foi possível constatar que programa encontra-se implantado e estruturado adequadamente. Observou-se convergência dos objetivos da intervenção entre os informantes, que apontaram como um dos aspectos deficientes na condução das ações do programa, a dificuldade em manter e realizar os exames de contatos dos pacientes com hanseníase, sugerindo a existência de barreiras de acessibilidade.

Desse modo, a questão foco a ser avaliada foi a acessibilidade ao exame de contatos no programa de hanseníase. Como o Programa de hanseníase está descentralizado, sendo atribuição da atenção básica a realização do diagnóstico, vigilância e tratamento, com o apoio de serviços de saúde em outros níveis de atenção, esta análise foi realizada em unidades de saúde de Cuiabá, por ser o município hiperendêmico e prioritário pelos critérios ministeriais.

A análise da acessibilidade ao exame de contatos de hanseníase nesse estudo foi realizada em duas dimensões: organização do sistema e organização do serviço.

Na primeira dimensão, a avaliação demonstrou que o município encontra-se em situação insatisfatória. Importante observar, que ainda que o município de Cuiabá encontre-se na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde desde 1998, não há referências à garantia de acessibilidade aos pacientes de hanseníase e seus contatos, situação observada através da análise dos documentos oficiais do município, cujas ações do programa de hanseníase encontram-se descentralizadas para unidades básicas de saúde.

Nesse sentido, também foi observada a inexistência de programação de insumos no PTA do programa, que são indispensáveis à realização dos testes de sensibilidade. Em decorrência, o repasse de insumos para realização do exame de contatos também fica prejudicado, já que a garantia de insumos não está explicitada nos documentos analisados e pelas evidências dos profissionais consultados, não ocorre na prática.

“até hoje não foi utilizado o recurso de fato pra essa coisa, por exemplo, monofilamento pra fazer detecção, de fazer avaliação dermatoneurológica.” **E10 - técnica da coordenação**

O conjunto de monofilamentos de Semmes Weinstein (utilizado para o teste de sensibilidade) em uma das equipes é de propriedade particular da enfermeira e outros insumos específicos para teste de sensibilidade em crianças não têm sido repassados pela SMS. Alguns insumos utilizados para o teste de sensibilidade já fazem parte da logística da unidade, com algumas exceções e ainda há inadequações relacionadas à qualidade do material.

“não é muito fácil porque a gente não tem todas as coisas pra fazer diagnóstico, por exemplo, histamina não tem, né? a pilocarpina não tem e também precisa de certo treinamento pra fazer esse tipo de exame.” **E7 - equipe 1**

“o que mais me chama atenção é da gente não ter os aparelhos, entendeu? eu faço com o martelinho”... “tudo improvisado.” **E1 - equipe 2**

Assim, a análise dessa dimensão revelou uma pontuação muito baixa (30%), pois foi verificada apenas a existência de Relatório Anual com referência às ações realizadas quanto aos exames de contatos de hanseníase em 2011 e grande omissão dos demais

documentos analisados quanto às ações propostas para garantia de acessibilidade e controle da doença. Nesse sentido, cabe reforçar a observação de que as equipes investigadas não dispunham da Portaria Ministerial de diretrizes do Programa de Hanseníase (GM 3.125/2010), bem como não utilizavam o formulário de registro do exame de contato, sendo que um dos profissionais relatou que registra o exame de contatos nos prontuários do caso índice. Observa-se que a ficha destinada ao registro do exame dos contatos da SMS (cartão de aprazamento) limita-se a anotação do nome, data do exame e doses da vacina BCG, enquanto que o formulário proposto pelo MS indica nome, idade e parentesco do contato, data e resultado do exame, conduta e data da vacina de BCG a ser tomada se necessário, conforme normatização ministerial.

A ausência de um Plano específico para controle da doença em nível municipal, com dados epidemiológicos e metas específicas quanto aos contatos indica falta do planejamento, visto como um elemento frágil no contexto organizacional da SMS. A inconsistência do Plano de Trabalho Anual (PTA) do Programa no município pode ser observada por meio da ausência de metas nos onze indicadores de monitoramento e avaliação, propostos pelo Ministério da Saúde, já que se optou por utilizar apenas nove metas, excluindo ações específicas relacionadas à melhoria da cobertura do exame de contatos. Por sua vez, a ausência de uma programação específica para garantia de insumos aos exames, contribui para a baixa pontuação dessa dimensão. Cabe esclarecer que essa dimensão não foi utilizada para a aferição do grau de implantação.

Na segunda dimensão analisada, organização dos serviços, observou-se o funcionamento das ações a partir de duas equipes de saúde da família, onde a USF1 foi considerada em situação intermediária e a USF 2 insatisfatória, indicando a existência de problemas relacionados à acessibilidade, mesmo na equipe considerada exitosa.

Nessa dimensão foram analisados dez critérios, sete referentes a acessibilidade organizacional e três referentes a acessibilidade geográfica. A Unidade de saúde da família USF 1 (equipe 1) foi classificada como em situação intermediária, em que a obteve o escore de 54% e a USF 2 (equipe 2) 36% tida como insatisfatória, revelando a existência de obstáculos ao processo de busca e obtenção do cuidado.

Como aspectos relevantes e que contribuíram para a classificação insatisfatória da USF 2 está a ausência da realização das consultas e a consequente deficiência no atendimento aos usuários, que apesar de terem sido convocados para o atendimento não compareceram, nem foram atendidos em domicílio. Ainda, a distância entre a residência e o laboratório central foi apontada como situação problemática. Observam-se

nas duas unidades, fragilidades quanto às ações de educação em saúde devido à precariedade de materiais educativos, a pouca valorização dessa atividade pelos profissionais, e as ações voltadas para a busca de contatos faltosos às consultas.

A observação sistemática permitiu verificar que embora as duas equipes tivessem o mesmo horário de funcionamento, de 7:00 às 17:00h, com intervalo de duas horas de almoço, a equipe 2 (USF 2) nem sempre realiza atendimento até o final do expediente, o que constitui um diferencial importante entre ambas, tendo sido atribuído nota intermediária as duas equipes, porém com pequena variação na pontuação. Nesse caso, o horário de funcionamento diferencia-se do horário de atendimento, porém, como o objetivo era verificar a quantidade de turnos trabalhados com vistas à avaliação da acessibilidade dos usuários que trabalham fora, salienta-se que as duas equipes não atendem às necessidades desse segmento populacional.

Salienta-se que a vacina BCG, recomendada como medida profilática aos contatos é outro elemento diferenciador do atendimento das equipes nas duas unidades, pois não existem técnicos capacitados para o procedimento na equipe 2 (USF2), obrigando os profissionais de saúde a encaminhar os contatos para um centro de saúde no bairro vizinho, o que constitui mais um elemento que dificulta a profilaxia dos contatos.

O sistema de marcação de consulta para os contatos apresentou diferenças entre as equipes. Na equipe 1 (USF1) são destinados dia e horário específico para atendimento dos casos suspeitos e também dos contatos (quartas-feiras à tarde), com a justificativa de que a agenda fechada visa evitar o contágio em sala de espera, tendo sido relatado desta forma:

“tem o atendimento na quarta-feira, né? à tarde, que é específico pros pacientes de hanseníase.” **E9 - equipe 1**

“tem a questão do, de definir um horário pra eles, né? pra não misturar muito com a população, então, mas assim, do ponto de vista médico a gente tenta diminuir o tempo também que eles ficam aqui expostos e possíveis assim, contaminação no caso, por exemplo, de doença infecto contagiosa de maneira geral, né?” **E9 - equipe 1**

Situação particular foi encontrada na equipe 2 (USF2), visto que os profissionais referiram tratar-se de agenda aberta, ou seja, os usuários podem ser agendados nos horários de menor movimento na unidade. Contudo, o fato de deixar “aberto”, não significa de fato o atendimento no melhor horário para o usuário, sim no final dos turnos ou

em dia mais tranquilo como revela a fala do profissional abaixo (E3). Do mesmo modo, é interessante refletir visto que nessa unidade, nenhum dos contatos identificados no estudo havia procurado a unidade para realização do exame de contato. Nesse caso é relevante citar que apesar dos contatos irem constantemente à unidade buscar os medicamentos para o caso-índice, não foram avaliados, com a justificativa central da ACS da equipe, que eles alegam não terem tempo. Assim, o que pode parecer uma abertura e liberdade para o usuário no estabelecimento do contato com a unidade e equipe, não se revelou na prática como uma medida que facilite o exame na equipe 2.

“a gente tem essa questão” de deixar aberto pra encaixar num dia mais tranquilo, assim no final da tarde, ou no final de uma manhã pra esses contatos virem sem precisar eles ter que vir de manhã cedo, cinco e meia da manhã, seis horas pra fazer uma consulta, sendo que não é uma consulta não é demanda, é outra coisa, né?” **E3 - equipe 2**

“... pode me chamar que eu vou dar uma olhada, porque assim a gente não abre agenda geral porque senão vira policlínica e não é esse o nosso objetivo, mas em casos de exceções, das doenças que são contagiosas, que são mais graves a gente sempre ta abrindo exceção, tivemos um caso de tuberculose mesmo na escola onde aqui a hora que eles viam era atendida, com a hanseníase é a mesma coisa, entendeu?” **E1 - equipe 2**

Em decorrência dessa situação, a avaliação sobre o tempo de espera pela consulta na sala de espera, e entre a marcação e o agendamento da consulta na USF 2 não foi observado, visto que, como já referido, nenhum dos 4 contatos convocados compareceram à unidade para avaliação. Essa situação foi interpretada nesse estudo, como uma fragilidade do serviço que poderia ter vislumbrado uma possibilidade de criação de vínculo do usuário com a unidade. Já na USF1, ficou evidenciado em função do horário marcado anteriormente e da existência de prioridade para o atendimento, que o tempo em sala de espera é o mínimo. Do mesmo modo, o tempo de espera entre o agendamento e realização do exame não foi superior a quinze dias.

Salienta-se que o exame dos contatos realizados na equipe 1 ocorreu em domicílio, excluindo-se apenas aqueles que não se encontravam em casa no momento do exame por trabalharem fora e que tiveram seus horários agendados, ainda que não tenham comparecido à unidade.

Quanto à forma de marcação de exame laboratorial (baciloscopia) é a mesma nas duas equipes, o exame é solicitado apenas nos casos suspeitos, o profissional solicita, o contato é orientado a ir ao laboratório central de segunda a sexta-feira de sete às nove da manhã, sem necessidade de agendamento, a entrega do resultado também exige o deslocamento do contato ao laboratório, esta prática permitiu atribuir nota intermediária a este critério às duas unidades. Importante ressaltar que entre os profissionais entrevistados, cinco deles não conheciam o fluxo de atendimento e encaminhamento do usuário dentro do sistema. A centralização do exame de baciloscopia no laboratório central foi percebida como um elemento que dificulta a realização do mesmo, conforme relato abaixo:

“a gente também tá com dificuldade do laboratório, de fazer o exame da baciloscopia, precisa de mais pessoas capacitadas, bioquímicos capacitados pra fazer, o nosso só o LACEC é que faz, a demanda centralizou-se somente no LACEC, então as unidades mandam pro LACEC e o que deveria ser o contrário pra descentralizar, agilizar as policlínicas, né? de atenção secundária teria que ter um técnico pra fazer essa baciloscopia, que hoje não tem, antes tinha,entendeu? O laboratório é o órgão executor da análise e não pra fazer coleta, entendeu?”

#### **E10 - equipe técnica do PMCH/SMS - Cuiabá**

A realização de orientações educativas sobre hanseníase ocorre nas duas equipes. Essas orientações são feitas nas visitas domiciliares pelos agentes comunitários de saúde, nas consultas com os profissionais de nível superior e em sala de espera, eventualmente, pelos acadêmicos. As duas equipes relataram já terem realizado palestras sobre hanseníase, mas atualmente não ocorre como atividade de rotina:

“tava na rotina, aí com a vinda dos alunos pra cá, eles começaram a fazer as palestras e aí as ACS deixou mais pra eles fazerem, né? as palestras, mas agora com a universidade em greve ta tudo parado.” **E7 - equipe 1**

“cheguei a fazer uma palestra aqui, principalmente nos dias que tem mais gente, nas segundas e nas terças-feiras, nesse sentido foi à única coisa que gente já fez aqui.” **E1 - equipe 2**

Assim, foi possível perceber que a atividade educativa para os grupos de usuários nas duas equipes estava condicionada, em princípio a presença dos acadêmicos, não sendo mais realizadas pelos profissionais de saúde. Contudo, também foi observado que as orientações ocorrem nas visitas domiciliares e nas consultas com os profissionais de nível superior, embora existam sérias dificuldades relacionadas à precariedade de materiais educativos. Em relação a esse aspecto, segue relato:

“Vem quando é campanha, na época das campanhas, que tem né? campanha da hanseníase, às vezes não dá pra gente espalhar pelo bairro, que é pouco, então é de boca a boca mesmo, né? trabalho de formiguinha.” **E2 - Equipe 1**

“às vezes, quando vem da SMS ou vinha, né? na época vinha mais, agora não vem mais nada.” **E5 - Equipe 1**

Interessante observar que os profissionais de saúde julgam orientar os usuários quanto à doença, contudo, nas entrevistas esses últimos revelaram uma completa falta de conhecimento sobre a mesma, sem conseguir verbalizar informações sobre sinais, sintomas e formas de transmissão.

“nem sei explicar.” **U1 - equipe 1**

“não, não sei. Diz que através da sujeita, né?” **U3 - equipe 2**

Outro importante critério avaliado na acessibilidade organizacional diz respeito à forma de busca ativa dos contatos faltosos, que ocorre de forma semelhante nas duas equipes, conforme normatização ministerial, ou seja, é realizada pelos ACS. Contudo, em decorrência da busca, espera-se que o usuário seja agendado conforme sua disponibilidade. Porém, o agendamento se dá em dias específicos conforme agenda do profissional, correndo o risco desse usuário não comparecer novamente.

Além disso, seria interessante que nesse momento da busca, a equipe de saúde pudesse acompanhar o ACS, e realizar a consulta em domicílio otimizando o tempo e o processo de trabalho da equipe. Cabe ressaltar que neste aspecto há problemas referentes à baixa cobertura do PACS no município, a existência de cinco micro áreas descobertas na

equipe 2 e uma micro área na equipe 1 colaboram para a dificuldade da busca ativa dos casos suspeitos e contatos faltosos. Além disso, se observa que a equipe 1 utiliza como estratégia de captação dos contatos o agendamento preliminar, na dependência da comunicação da patologia à família pelo paciente, se o contato não comparece há uma segunda tentativa de busca pelo ACS e novo agendamento, só então se ele não comparece o exame ocorre em domicílio, acarretando maior disponibilização de recursos para se atingir a cobertura ideal do exame.

“mas quando a pessoa trabalha ou às vezes tem as pessoas mais difíceis, mais resistentes, aí a gente pede pra ACS ir e perguntar por que não veio pra consulta.” **E9 - equipe 1**

”o ACS que vai atrás dele porque ele marca e eles não vêm, a gente que vai e remarca e remarca e marca, aí quando não tem mais jeito mesmo ou a enfermeira ou a doutora vai, quando não tem jeito mesmo.” **E5 - equipe 1**

“a gente desvia elas e pede, pede né? por que você vai fazer o quê? Se ela não quiser “olha não é da minha área”, mas não, graças a Deus aqui a gente não tem isso, elas vão atrás mesmo.” **E1 - equipe 2**

Quanto à acessibilidade geográfica, os usuários entrevistados residem próximo às USFs de referência, com tempo médio de deslocamento entre vinte a trinta minutos. A distância entre a residência do contato e a USF não foi assim referida como um obstáculo ao acesso pelos usuários entrevistados. Entretanto, para os profissionais de saúde existem dificuldades geográficas conforme relatos:

“alguns sim, dependendo do micro área sim.” **E3 - equipe 2**

“eu digo que sim, a nossa área de abrangência é espalhada.” **E2 - equipe 2**

“antes o ônibus parava na porta, né? pra idoso, então era bem mais fácil, hoje o ônibus para lá na avenida e pra eles vir é até fácil que é decida, mas daqui pra lá é subida, eles reclamam muito, geralmente, nem tão vindo mais, vão lá pro... (outro Centro de Saúde) porque tem ônibus que para lá na porta.” **E 6 - equipe 2**

A situação mais favorável relacionada à acessibilidade geográfica foi da equipe 1 devido à extensão territorial ser menor do que da equipe 2, entretanto, embora não haja dificuldades relacionadas à distância houve referência de dificuldade quanto ao relevo:

“a localização da unidade ela fica um pouquinho mais dificultosa pra nossa área porque ela é no alto e as pessoas, por exemplo, que tem dificuldade pra caminhar é bem longe mesmo né? acaba sendo mais difícil.” **E 7 - equipe 1**

Na equipe 2 (USF2), que funciona há quatro anos como USF, a mudança física da unidade, de um imóvel alugado para sede própria em terreno da prefeitura prejudicou o acesso dos usuários já que a localização atual encontra-se no extremo das áreas de abrangência. A dificuldade de acesso físico por falta de transporte coletivo leva os usuários a deslocar-se para outra unidade de saúde, em bairro vizinho, segundo relato dos profissionais de saúde, onde existe linha de ônibus até a porta da unidade, confirmando que a acessibilidade geográfica é um problema real não só para o Programa de hanseníase, mas para o atendimento geral da população, principalmente dos idosos ou pessoas com dificuldades de locomoção.

Já o tempo de deslocamento ao laboratório central para realização do exame de baciloscopia, solicitado a todos os casos e contatos suspeitos, constitui um importante problema devido a sua localização, que dificulta o contato não só pela distância, mas principalmente pelo custo do deslocamento, expresso na fala dos profissionais:

“do jeito que ta o trânsito, né? é mais de uma hora!” **E3 - equipe 2**

“é bastante longe daqui e muitas vezes eles esperam sair dinheiro pra poder ir fazer o exame porque não tem dinheiro pra pagar a passagem.” **E9 - equipe 1**

Verificou-se a existência de transporte coletivo para o laboratório Central nas duas unidades, a principal distinção relacionada à locomoção diz respeito à disponibilidade de linha de ônibus direto, sem necessidade de utilizar integração na equipe 1, enquanto na equipe 2 há necessidade de utilizar quatro ônibus no trajeto de ida e volta. Embora isso não represente custo financeiro adicional, se o usuário possui o cartão de integração, interfere no tempo e desgaste físico do usuário, representando séria dificuldade de acessibilidade geográfica, principalmente na equipe 2.

“aqui tem até um ônibus que vai direto que parece que para quase na porta do laboratório, né?” **E9 - equipe 1**

“não tem condições de pagar um ônibus que dirá dois pra ir e dois pra voltar.” **E2 - equipe 2**

A partir dos relatos e observação, pode-se ainda considerar que na equipe 2 (USF2) nem todos os profissionais de nível superior realizam visitas domiciliares, fator que colabora ainda mais para a distinção das equipes. Já na equipe 1 salienta-se que, embora tenha havido bom empenho por parte dos profissionais para realizar o exame dos contatos em domicílio ocorreu um sub-registro, pois, os dados disponibilizados no relatório da vigilância epidemiológica apontavam oito contatos registrados, quando na realidade eram doze, e desses doze, nove foram examinados, permitindo afirmar que não houve o registro correto do número de contatos, nem do número de contatos examinados.

Quanto à carga social que a hanseníase representa é possível que as razões para o não comparecimento dos usuários às unidades, também reflitam certo medo de exposição devido ao estigma social e mesmo falta de conhecimento sobre a doença, o que pode ser inferido na fala de um contato ao referir-se sobre o familiar doente:

“ela foi fazer e foi buscar sozinha (o exame de baciloscopia) porque nós não sabíamos.” **U2**

Como análise complementar, buscou-se descrever os processos desenvolvidos no âmbito do programa no que diz respeito a registro dos casos índice e dos contatos. Nesse sentido foi possível observar outros aspectos importantes relativos aos casos índice, como o fato de dois dos cinco pacientes da equipe 1 já apresentavam incapacidades físicas no momento do diagnóstico, bem como o paciente da equipe 2.

Observou-se também que apesar das fichas de notificações serem preenchidas com letra legível e com informações básicas do caso, alguns profissionais não valorizam a necessidade de anotar pontos de referências de residências e números de telefones fixos dos pacientes, mesmo que para recado. Este é um fator essencial para a localização dos pacientes e seus contatos, questão indispensável para a realização da vigilância do Programa.

Apesar desse cenário, apenas um dos profissionais de saúde não tem vínculo efetivo com a SMS e não realizou nenhuma capacitação em hanseníase. Ou seja, as características profissionais não constituem fator diferencial entre as equipes visto que as

ações desenvolvidas pelos profissionais parecem pouco normatizadas, cuja rotina fica a cargo do profissional, sem uma institucionalização do processo.

## 5. DISCUSSÃO

Este estudo permitiu analisar que existem problemas relacionados à acessibilidade ao exame de contatos de hanseníase nas duas equipes de saúde investigadas, bem como na gestão do PMCH de Cuiabá. A inexistência de planos ou protocolos de ações voltadas para o Controle da Hanseníase no município, a falta de diretrizes voltadas à melhoria da cobertura de exame de contatos de hanseníase no PTA do Programa tem contribuído para a continuidade da situação de hiperendemicidade da hanseníase neste município.

Quanto à existência de PTA contemplando a cobertura de exame de contatos, a principal diferença entre as equipes pesquisadas foi a elaboração do documento a nível local, com metas relacionadas aos onze indicadores preconizados pela OMS e adotados pelo MS, elaborado apenas pela equipe 1. Embora todas as equipes tenham sido orientadas e capacitadas a elaborarem o PTA pela coordenação do PMCH, nem todas o fizeram, entre estas, a equipe 2. Nesse sentido, salienta-se que a OMS propõe aos países endêmicos, através do Plano “Estratégia Global Aprimorada para Redução Adicional da Carga de Hanseníase (2011/2015)”, a elaboração de planos de ação adequados a cada realidade, destacando-se que esses documentos devem ser elaborados a nível nacional e local (OMS, 2010).

Em Cuiabá, Relatório de Gestão de 2011, apontou resultados insatisfatórios do ponto de vista epidemiológico, especificamente em relação à hanseníase, cuja meta pactuada no SISPACTO em 2011 era atingir o percentual de cura nas coortes de casos novos de hanseníase em 85%, tendo sido alcançada 80,5%, indicando dificuldades no manejo da endemia. Dentre os fatores que impediram um melhor desempenho por parte do órgão está, segundo aponta o próprio documento, “um momento político desfavorável em função da intensa rotatividade de secretários de saúde” (Cuiabá, 2012). Salienta-se neste aspecto, que em um período de quatro anos Cuiabá teve dez secretários de saúde.

A insuficiência de profissionais na equipe técnica, três profissionais de nível superior em 2011, apenas uma técnica em 2012 foi apontada também como um dos problemas na condução das ações, demonstrando a falta de prioridade da gestão municipal. Tendo em vista tratar-se de município hiperendêmico em hanseníase torna-se prioritário compor uma equipe em número adequado para planejar, realizar, monitorar e avaliar as ações do PMCH, incluindo um profissional específico para alimentar o banco de dados, que esteja incorporado à equipe técnica do programa, o que não ocorre atualmente.

Observou-se ainda que apesar de ter havido repasse financeiro de R\$355.000,00 em 2011, provenientes do Piso da Atenção Básica (PAB), repassados fundo a fundo por parte do MS, houve dificuldade no manejo do recurso. Esta realidade também foi referida por Costa (2010), em pesquisa realizada em Salvador sobre a avaliabilidade do PNCH e das ações propostas a nível estadual e municipal, onde se verificou que apesar de ocorrer o repasse efetivo dos recursos, conforme previsto na legislação, as verbas destinadas ao programa costumam ser redirecionadas ao tratamento de outras doenças a critério do gestor. Esta situação caracteriza certa negligência dos poderes públicos, que culminou em 2012 em denúncia no Ministério Público em Cuiabá, com matéria veiculada na mídia local.

Nesta perspectiva, ressalta-se a importância do PSF enquanto estratégia capaz de melhorar a acessibilidade da população aos serviços de saúde, além de contribuir para a reorganização da assistência aos pacientes hansenianos, reduzindo as desigualdades no estado de saúde entre grupos populacionais distintos (LAPA et al., 2006). Ainda em relação à organização dos serviços de saúde, estes mesmos autores, avaliam em pesquisa realizada em Olinda - PE, o impacto da estratégia de descentralização no atendimento à hanseníase demonstrando que houve aumento da detecção e demanda espontânea nos serviços, redução da evasão, e alterações importantes nos indicadores epidemiológicos e operacionais, tendo sido o PSF uma estratégia fundamental neste processo.

Para Lana e Lanza (2011) o fato da atenção primária no Brasil estar ancorada na ESF e seus princípios pautados no território definido, adscrição da clientela, cujo trabalho se dá por meio de equipe multidisciplinar, buscando a integralidade e intersectorialidade, representam um papel fundamental para a reorientação do modelo assistencial e para a consolidação das diretrizes do SUS. Além do consenso observado na literatura quanto a contribuição da ESF para a melhoria do acesso aos serviços de saúde, a descentralização do Programa de hanseníase, a partir da publicação da Norma Operacional da Assistência a Saúde (NOAS/SUS 01/2001), foi fundamental para os avanços ocorridos nas últimas décadas, pois, regulamentou e ampliou as responsabilidades dos municípios na eliminação da hanseníase colocando-a como uma das áreas estratégicas de atuação dos serviços de saúde.

Na realidade observada em Cuiabá-MT, em que pese os avanços obtidos nas últimas décadas com relação à organização dos serviços, observa-se que ainda há dificuldades. Dos critérios relacionados a esta dimensão a que recebeu a pior pontuação nas duas equipes foram os relacionados à realização de exame laboratorial (baciloscopia), que exigem que o contato compareça ao laboratório duas vezes, uma para realizar o exame e outra

para buscar o resultado do mesmo, bem como pela distância do laboratório e custo do deslocamento.

Os diferentes sistemas de marcação de consultas para a demanda geral assim como para os contatos de hanseníase, observados nas unidades, indicam a inexistência de protocolos para a melhoria da acessibilidade da população aos serviços de saúde, bem como de projetos de acolhimento e triagem, o que contribui para uma oferta organizada dos serviços, situação igualmente percebida em outros estudos (RAMOS & LIMA; 2003; ASSIS et al., 2003; VIEIRA DA SILVA, et al.2010).

Quanto às capacitações dos profissionais de saúde, concluiu-se que tem havido empenho por parte da equipe técnica do programa na realização das mesmas, destacando-se que dos nove profissionais entrevistados apenas um não é capacitado. Ainda que as capacitações não apareçam como um problema, o fato da SMS ter quase 36% de servidores com vínculo de prestação de serviço em 2011, podem interferir nas capacitações, devido ao número de supervisores de área com vínculo temporário por contrato com tempo determinado, o que acarreta alta rotatividade dos profissionais da área de saúde (STANCATO & ZILLI, 2010).

Quanto aos problemas de acessibilidade apontados, os horários de funcionamento das unidades têm sido destacados como obstáculos àqueles usuários trabalhadores formais. Assim, estudos têm referido a necessidade das unidades de saúde funcionarem em horário noturno para melhorar o acesso ao Programa e aos serviços de atenção básica de modo abrangente (AUGUSTO & LOPES, 2006; CUNHA & VIEIRA da SILVA, 2010).

Já em relação à acessibilidade geográfica observou-se que localização em terrenos íngremes representa dificuldade, fato que a equipe 1 tenta sanar através de atendimentos semanais nas microáreas em um período do dia, principalmente para atender pessoas cadastradas no Programa Hiperdia. Entretanto, embora tenha havido referência de dificuldades relacionadas à localização das unidades de saúde por parte dos profissionais, não houve nenhuma referência a este aspecto quando os contatos foram entrevistados. Reforça-se assim, a importância do processo de territorialização com a adscrição de clientela, em que a proximidade da unidade de saúde e a residência dos usuários devem ter prioridade no processo de distribuição social dos recursos (TEIXEIRA, 2002; SANTOS, et al.,2000).

Chama a atenção a pouca realização de atividades educativas seja as realizadas em grupos, na sala de espera das unidades ou mesmo na comunidade. A justificativa de falta de materiais educativos não é suficiente para explicar o completo

desconhecimento dos usuários e contatos de pacientes sobre a doença. Essa realidade reforça a necessidade de manter o investimento na qualificação e capacitação dos profissionais de saúde, da recepção ao tratamento clínico individual (MORENO; ENDERS; SIMPSON, 2008).

Nesse contexto, cabe ressaltar o papel do ACS no âmbito das ações de educação em saúde junto à comunidade. Porém, o baixo desempenho encontrado nesse critério pode estar em função do número de áreas descobertas pelo programa, seis áreas no total de treze, que dificulta a busca ativa dos contatos faltosos e o trabalho educativo. Outras experiências referem o papel dos ACS na efetivação das práticas educativas. Foi evidenciado em pesquisa realizada em um município da região oeste do Paraná, o papel relevante dos ACS, onde essas práticas têm contribuído para o diagnóstico precoce, prevenindo a instalação de incapacidades físicas, efetividade do tratamento, autocuidado, além de contribuir para a redução do estigma e preconceito ocasionado pela doença (CRUZ & ODA, 2009).

Em relação à ausência dos contatos às consultas, a justificativa de desinteresse do mesmo e incompatibilidade de horários foram igualmente encontradas em pesquisa realizada em Belém, com o objetivo de identificar os fatores associados à baixa vigilância dos contatos de casos novos de hanseníase em Serviços de Saúde do município (FERREIRA et al., 2009). Entretanto, como todos os contatos investigados nesse estudo (oito pessoas) e que foram avaliados em domicílio pela equipe 1 não trabalhavam fora, é possível concluir que as razões para o não comparecimento estão sobretudo, relacionados ao estigma social e a falta de conhecimento sobre doença, explicitado na fala dos entrevistados.

Estudos apontam o estigma social da hanseníase devido ao medo da segregação, mutilações e mortes que acometiam os indivíduos no passado, quando a doença ainda era incurável e que permanecem no imaginário da população (BAILARDI, 2008). O medo do preconceito remete os indivíduos, muitas vezes, a omitir o diagnóstico para evitar a rejeição e abandono (GARCIA, 2001; EIDT, 2004). Destaca-se que, neste estudo, houve o relato de um contato de que o conhecimento do diagnóstico de um membro da família ocorreu pela ACS. Esta omissão do diagnóstico também foi observada em pesquisa realizada no estado de São Paulo em 2001 e 2002, com o objetivo de investigar as alterações na vida das pessoas acometidas pela doença, especialmente, na situação de trabalho e constatou que a mentira e a omissão do diagnóstico são muitas vezes encaradas como necessárias para a obtenção ou manutenção do emprego, consideradas as situações de exclusão vivenciadas pelos pacientes (SILVA et al., 2008).

Quanto ao relativo atraso no diagnóstico dos casos índices verificado nesse trabalho, achados semelhantes foram encontrados em pesquisa realizada no estado do Piauí por Costa & Oliveira (2009) onde quatro crianças, contatos de pacientes de hanseníase foram diagnosticadas tardiamente, sendo que um dos pacientes foi diagnosticado erroneamente como manifestação de verminose e pitíriase versicolor, tendo sido tratada com medicações tópicas e sistêmicas. Estes achados confirmam a dificuldade do diagnóstico precoce da doença por parte dos serviços de saúde, reforçando a necessidade de projeto de educação continuada entre os profissionais de saúde (MORENO; ENDERS; SIMPSON, 2008).

Além da inconsistência de dados relacionados ao tratamento também se evidencia a dificuldade de localização dos pacientes em razão da não atualização de seus endereços, como evidenciado em outros estudos (DURAES et al. 2010; ARANTES e col., 2010). Salienta-se neste caso, que dos quatro pacientes selecionados para este estudo, dois não foram localizados em razão da mudança de endereço, não sendo possível assim entrevistar seus contatos.

Uma das principais dificuldades associadas ao controle da doença se relaciona a restrição de um único exame nos contatos intradomiciliares, após o diagnóstico do caso índice, normatizado pelo MS, pois estes estão 2,4 vezes mais expostos ao risco de adoecer do que os contatos peridomiciliares (que residem no mesmo quintal), como aponta Duraes (2005), exigindo maior rigor nas ações de vigilância dos contatos intradomiciliares. Salienta-se, neste aspecto, estudo realizado no município de Duque de Caxias onde 37% dos contatos, que foram acompanhados por um período de cinco anos, foram diagnosticados no primeiro ano e 12% no quinto e último ano (VIEIRA, 2009), indicando a necessidade de melhorar a vigilância dos contatos intradomiciliares e estender o tempo de monitoramento pelo menos por cinco anos.

Quanto aos limites do estudo, ainda que a observação do processo de trabalho tenha se dado em apenas duas unidades de saúde da Família, as equipes investigadas representavam 100% de cobertura da USF 2 e 50% da USF1. Contudo, a implantação do Programa tanto nas demais USF quanto nas unidades de saúde tradicionais, assim como diferenças regionais demandam outras avaliações relacionadas à acessibilidade ao exame de contatos de hanseníase. Salienta-se, entretanto, que mesmo na equipe apontada como exitosa (USF1) pela SMS houve erros de registros do número dos contatos, bem como, do número de examinados, permitindo apontar a necessidade de maior atenção quanto ao registro dos dados e a ações voltadas à realização do exame de contatos, tanto pela coordenação do Programa, através do monitoramento, quanto pelas equipes de saúde que realizam as ações.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se com esta pesquisa que embora a porta de entrada ao sistema de saúde seja facilitada para contatos de pacientes de hanseníase com formas de agendamento distintas da demanda geral, há problemas de acessibilidade organizacional e geográfica nas duas equipes estudadas. Mesmo ocorrendo dificuldades relacionadas, por exemplo, à baixa cobertura do PACS, localização das unidades de saúde e o horário de funcionamento, este estudo permite inferir que mesmo em condições de igualdade em termos de gestão há distinções na prática profissional e na organização dos serviços que interferem no resultado final, no caso, a acessibilidade aos serviços de saúde.

Vários são os fatores que interferem na oferta dos serviços que estão diretamente relacionados à gestão do Programa de hanseníase que foram levantados nesta pesquisa, neste sentido, é necessário maior compromisso dos gestores municipais da saúde.

Destaca-se a necessidade de implantar uma política de capacitação contínua de recursos humanos em hanseníase, bem como a efetivação dos profissionais através de concurso público e a valorização dos mesmos.

Em virtude de não haver uma normatização ou protocolos relacionados ao agendamento de consultas e melhoria da acessibilidade no SUS em Cuiabá, sugere-se a elaboração de um plano para a melhoria da acessibilidade, com proposições voltadas para a reorganização dos serviços e padronização das ações como outras experiências revelam (Vieira da Silva, et al., 2010). Problemas relacionados à acessibilidade econômica referida pelos profissionais de saúde necessitam ser avaliados com maior atenção pelos gestores já que dificultam a realização dos diagnósticos, adiando ou mesmo impossibilitando o início do tratamento.

O estigma social e preconceitos, que ainda persistem no cotidiano dos doentes e seus familiares indicam a necessidade de estabelecer atividades educativas na rotina das unidades de saúde, campanhas educativas de massa a fim de desmistificar a doença.

Entretanto, embora existam dificuldades concretas em realizar um único exame dermatoneurológico nos contatos intradomiciliares, conforme normatizado atualmente pelo MS, ainda salienta-se que, segundo a OMS (2009), em uma área endêmica o foco pode não estar restrito ao ambiente domiciliar. Tais afirmações são confirmadas por estudos (GUEDES, 2009; DURAES et al., 2005) e talvez ajude a explicar a atual situação da endemia em Cuiabá, bem como a posição do Brasil no ranking mundial da doença.

As dificuldades operacionais do programa, aliadas as deficiências relacionadas às ações profiláticas e o longo tempo de incubação da doença dificultam o compromisso de eliminar a hanseníase enquanto problema de saúde pública assumido pelo Brasil. Sugere-se assim, que a atual legislação seja revista, socializada, que os recursos financeiros do programa sejam de fato aplicados no controle da doença.

Finalmente, discutir, redefinir e planejar outras estratégias que melhorem a acessibilidade desses contatos é essencial para melhorar a cobertura do exame de contatos de hanseníase em Cuiabá, que possibilite a descoberta de novos casos precocemente, diminuindo o custo social e financeiro da doença.

## 7. REFERENCIAS

ARANTES, CK e colaboradores. Avaliação dos serviços de Saúde em relação ao diagnóstico precoce de hanseníase. **Revista Epidemiologia. Serv. Saúde**, Brasília, 19 (2):155-164, abr - jun 2010.

ASSIS, MMA; VILLA, TCS; NASCIMENTO, MAA. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, 8(3): 815-823, 2003.

AUGUSTO, CS; LOPES, MAS. Adesão do comunicante de Hanseníase à profilaxia. **Saúde Coletiva. Vol.11**. Num.3, 2006, PP.85-90. Editorial Bolina. Brasil.

BAIALARDI, KS. **O estigma da hanseníase**: relato de experiência em grupo com pessoas portadoras. *Hansen Inter*. 2007; 32 (1): 27-36.

BITTENCOURT, LP et al. Estigma, percepções sociais reveladas por pessoas acometidas por hanseníase. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2010 abr/jun; 18(2):185-90.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde, 1997. 36p. 1.

BRASIL, Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle da hanseníase: **informe epidemiológico**. [internet]. Ed. Brasília, 2012. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/profissional/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=31200](http://portal.saude.gov.br/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=31200) [Links]

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de vigilância epidemiológica. Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase. **Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase em nível municipal 2006-2010**. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância. Dengue. Esquistossomose. Hanseníase. Tracoma e Tuberculose**. 2ª edição revisada. Brasília. MS, 2008.195 p. II (Série A. Normas e Manuais Técnicos). (Cadernos Atenção Básica n.º 21).

BRASIL. Aprova as diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da hanseníase. **Portaria nº 3.125/GM**, de 07 de outubro de 2010.

BRASIL. IBGE [home Page]. [acesso em: 31 de janeiro de 2013]. Disponível em:<http://www.ibge.gov.br>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cobertura do PACS e PSF em Cuiabá 2011**. [acesso em: 31 de janeiro de 2013].Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>.

CAMELO, Rita S. **Deteção de casos novos de hanseníase através do exame de contato no Estado do Rio Grande do Sul**. Brasil, Hansen Int., 2006. 31 (2): 15-19.

CLARO, LBL. **Hanseníase: representações sobre a doença**. Cadernos de Saúde Pública. Editora Fio cruz, Rio de Janeiro, 195 p., 1995

CURTO, Márcio et al. Avaliação da Importância do diagnóstico e tratamento precoce da hanseníase em relação do custo do tratamento. **Revista Ciência Saúde**. 2007. Jul-set. 14 (3): 153-60.2007.

CUIABÁ, Prefeitura. Instituto de Planejamento e Desenvolvimento Urbano – **IPDU. Perfil sócio-econômico de Cuiabá** - Vol. III - Cuiabá,MT: Central de texto, 2007.

CUIABÁ, Prefeitura. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de gestão 2011**.

CUIABÁ, Secretaria Municipal de Saúde. **Plano de Trabalho Anual (PTA) do Programa Municipal de Controle da hanseníase 2011**. Cuiabá, 2012.

CUIABÁ, Secretaria Municipal de Saúde. Sistema de Vigilância Epidemiológica. **Boletim Epidemiológico SINAN/SMS 2012**.

CUNHA, A.B.O., VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 26 (4): 725-737, abr, 2010.

COSTA, ALF & OLIVEIRA, MLWDR. **Falhas da vigilância epidemiológica da hanseníase: 4 casos multibacilares em crianças, no estado do PI**.Hansenologia Internationalis, 2009.

COSTA, VHMV et al. Programa Nacional de Eliminação da hanseníase:um estudo sobre a avaliabilidade do Programa e suas ações em âmbito Estadual e municipal. Revista Baiana Saúde Pública. Miolo. V.34, nº 3, p.450-467, jul/set 2010.

CRUZ, PS & ODA, JY. **Atuação dos Agentes comunitários de saúde no Programa de Controle da hanseníase em um município do noroeste do Paraná**. Arq. Ciência UNIPAR. Umuarama. Vol. 13, n.3 , p. 217 – 222, set./dez 2009.

DESSUNTI, Elma et al. O controle dos contatos no município de Londrina- Paraná em um município em um período de 10 anos. **Rev. Bras. enfermagem**. Vol.61 no. spe.Brasília. Nov.2008.

DONABEDIAN, Avedis. **Los espacios de La salud: aspectos fundamentales de La organización de La atención médica**. México DF: Editora Biblioteca de La Salud, 1988.

DURAES, SMB et al. **Estudo de 20 focos familiares de hanseníase no município de Duque de Caxias**, Rio de Janeiro. Na. Bras. Dermatologia. 80(supl.):S295-300;2005.

DURAES, SMB et al. **Estudo epidemiológico de 107 focos familiares de hanseníase no município de Duque de Caxias** – Rio de Janeiro, Brasil. An. Bras. Dermatol. vol.85, n. 3. Rio de janeiro, junho 2010.

EIDT, LM. **Ser hanseniano: sentimentos e vivências.** *Hansenologia Internationalis*. 2004;29(1):21-7.

FERREIRA, AMR et al. **Hanseníase: a vigilância dos contatos no município de Belém na perspectiva dos profissionais de saúde e usuários.** Relatório de Pesquisa Operacional. MS/AIFO/UFC.Fortaleza/ CE, junho - 2009.

GARCIA, JRL. **Entre a “loucura” e a hanseníase: interfaces históricas das práticas e políticas instituídas.** *Hansenologia Internationalis* 2001; 26(1):14-22.

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. **Universalidade da Atenção à Saúde: Acesso como categoria de Análise.** In: Política de Saúde: O Público e o Privado. (C. Eibenschutz, org.), pp 177-198, Rio de Janeiro: Editora Fio cruz, 1996.

GUEDES, LS. **Cronologia do adoecimento por hanseníase em 103 famílias de área endêmica do Rio de Janeiro.** Tese de mestrado, 2009-FM/UFRJ.

IGNOTTI, Eliane. **O paradoxo dos indicadores de monitoramento da eliminação da hanseníase** [tese de doutorado em Saúde Pública]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2004.

LANZA, FM; LANA, FCF. Descentralização das ações de controle da hanseníase na microrregião de Almenara, Minas Gerais' **Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.19 n.1,** Ribeirão Preto Jan./Fev. 2011.

LAPA, TM; ALBUQUERQUE, MFPM, CARVALHO, MS; SILVEIRA, Júnior JC. Análise da demanda de casos de hanseníase aos serviços de saúde através do uso de técnicas de análise espacial. **Cad. Saúde Pública** 2006; 22:2575-83.

LOBO, J R. et al. Perfil epidemiológico dos pacientes diagnosticados com hanseníase através de exame de contato no município de Campos de Goytacazes-RJ. **Rev. Br. Clin. Médica.** São Paulo, jul-ago, 9 (4): 283-7.2011.

MAGALHÃES, MCC et al. Migração e hanseníase em Mato Grosso. **Rev. Bras. Epidemiologia.** 011. vol.14, nº 3. São Paulo, 2011.

MORENO,C.M.C; ENDERS,BBC; SIMPSON,CA. Avaliação das capacitações de hanseníase: opinião de médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família. **Rev. Bras. de Enfermagem,** Brasília, 2008; 61 (esp.): 671-5.

OLIVEIRA, B.F.A. et al. Acréscimo na detecção de casos de hanseníase como resultado da vigilância de comunicantes em quinze municípios considerados prioritários do estado de Mato Grosso. **Revista Espaço para a saúde,** V.8, n.º 2, Londrina: 2007 p.11-19.

OMS. **Estratégia global aprimorada para redução adicional da carga da hanseníase: 2011-2015: diretrizes operacionais (atualizadas).** / Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2010.84 p.: il.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS), Brasil, 2010. **OMS divulga situação mundial da hanseníase.** 2010. Disponível em:

<http://new.paho.org/bra/index.php?Option=com=content&task=view&id=1477&Itemid=52>  
[Link].

PINTO NETO, JM et al. O controle dos comunicantes de hanseníase no Brasil: revisão de literatura. **Revista Hansenologia Inter.**, 25 (2) 163-176, 2000.

RAMOS, DD & LIMA, MADS. Acesso e acolhimento aos usuários de uma unidade de saúde de Porto Alegre – Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(1):27-34, jan-fev, 2003.

SANTOS, IS; BARONI, RC; MINOTTO, I; KLUMB, AG. Critérios de escolha de postos de saúde para acompanhamento pré-natal em Pelotas, RS. **Rev. Saúde Pública**, 2000; 34:603-9.

SANTOS, ES et al. Distribuição espaço-temporal da hanseníase em Mato Grosso. **Revista Hygeia** 6 (10): 53 - 62 jun/2010.

SILVA, RCP et al. História de vida e trabalho de pessoas atingidas pela hanseníase em serviços de saúde do estado de São Paulo. **Hansenologia Internationalis**, 2008. 33(1): 9-18.

SOBRINHO, RAS; MATHIAS, TAF. Perspectivas de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública no Estado do Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública** vol.24 n. 2 Rio de Jan Fev. 2008.

STARFIELD, B. **Acessibilidade e primeiro contato: a porta**. In: Starfield B. organizador. Atenção primária – equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, ciência e a cultura/Ministério da Saúde: 2002. P. 207-45.

STANCATO, K; ZILLI, PT. **Fatores geradores da rotatividade dos profissionais de saúde: uma revisão de literatura**. RAS - Vol.12, nº 47, abr - Jun, 2010.

TEIXEIRA, C. **Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS**. Cad. Saúde Pública 2002, 18 supl. 153-62.

VIEIRA da SILVA, LM et al. Avaliação da implantação de programa voltado para melhoria da acessibilidade e humanização do acolhimento aos usuários na rede básica. **Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil**. Recife, 10 (supl.1); 5131- 5143. nov. 2010.

VIEIRA da SILVA, LM e LIMA, LRF. Ampliação do acesso à atenção oftalmológica: um estudo sobre a avaliabilidade da campanha “De olho na Visão”. Goiás, 2004. **Ciência & Saúde Coletiva**. 13(Supl. 2);2059-2064.2008.

VIEIRA, A.G. **Aspectos epidemiológicos, clínicos, imunológicos e histopatológicos dos contatos de hanseníase adocidos durante o seguimento de 5 anos no município de Duque de Caxias** – Tese de mestrado/FM/UFRJ/2009.

WHO - World Health Organization. **Estratégia Global para aliviar a carga de hanseníase e manter as atividades de controle da hanseníase.** Genebra: World Health Organization: 2005.p.227.Disponível em:

[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/livro\\_glp\\_sea\\_glp\\_2009\\_3\\_025.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/livro_glp_sea_glp_2009_3_025.pdf)

# APÊNDICES

## **APÊNDICE A: ROTEIRO DE ENTREVISTA GESTORES**

Coordenador do Programa ou responsável técnico:

### **1. Dados de identificação:**

1.1 N° entrevista:

1.2 Idade:

1.3 Sexo:

### **2. Dados profissionais:**

2.1 Formação: \_\_\_\_\_

2.2 Possui especialização? Qual?

2.3 Há quanto tempo trabalha no PMCH?

2.4 Por que escolheu trabalhar no PMCH?

### **3. Dados sobre o Programa de Hanseníase:**

3.1 Qual é a situação da hanseníase em Cuiabá?

3.2 Como está estruturado o PMCH?

3.3 É realizado o monitoramento dos exames de contato pelo PMCH? Se sim, como e quando é realizado o monitoramento dos exames de contato?

3.4 Como ocorre à manutenção dos insumos para exame de contato?

3.5 Qual é a atual cobertura do Programa no município?(considerando disponibilidade de medicamentos, capacidade de diagnóstico, RH capacitado).

3.6 Existe uma política de capacitação de Recursos Humanos do Programa de hanseníase? Se sim, com que frequência ocorrem?

3.7 Qual é a atual cobertura de profissionais capacitados em hanseníase no município?

3.8 Existem estratégias para resolver o problema da baixa cobertura de exames de contatos? Quais são?

3.9 Como ocorre à busca dos contatos faltosos?

### **4. Dados sobre acessibilidade aos exames de contato:**

4.1 Como está organizado o programa em relação ao atendimento a contatos de hanseníase?

4.2 Quais as estratégias para captação dos contatos?

4.3 Como ocorre à marcação das consultas para os contatos nas US?

4.4 Como ocorre à marcação dos exames laboratoriais para os contatos?

**Data da entrevista:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Local da entrevista:** \_\_\_\_\_

## **APÊNDICE B: ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA UNIDADE**

### **1. Dados de identificação:**

1.1 N° da entrevista:

1.2 Idade:

1.3 Sexo:

### **2. Dados profissionais:**

2.1 Qual é a sua formação?

2.2. Qual é o seu vínculo empregatício?

2.3. Possui outro vínculo empregatício? Se sim, local?

2.4. Há quanto tempo trabalha nesta unidade de saúde?

2.5. Possui alguma especialização? Se sim, qual?

2.6. O que o motivou a trabalhar na ESF?

2.7. Já realizou capacitação em hanseníase? Se sim, quando?

### **3. Dados do Programa de Hanseníase:**

3.1 Como está organizado o PMCH em Cuiabá? E aqui na Unidade como está?

3.2 Como está organizada a Unidade em relação aos pacientes? E como se dá o atendimento aos contatos de hanseníase?

3.3 Vocês enfrentam desafios para realizar diagnósticos de hanseníase? Quais são os desafios?

3.4 Quais atividades esta unidade utiliza para informar a comunidade e usuários sobre a hanseníase?

### **4. Dados sobre a acessibilidade aos exames de contato:**

4.1 Existem, em sua opinião, problemas relacionados à acessibilidade dos contatos de hanseníase? Se sim, quais são?

4.2 Quem realiza os exames de contatos nesta unidade? Como é realizado?

4.3 Como é realizado o registro dos exames de contato?

4.4 Como é agendada a consulta dos contatos?

4.5 Como ocorre à marcação dos exames laboratoriais para os contatos?

4.6 Quem realiza a busca ativa dos contatos de hanseníase nesta Unidade? Como ocorre?

4.7 Como é realizado o monitoramento e avaliação dos exames de contato de hanseníase?

4.8 Existe projeto de acolhimento aos usuários nesta unidade?

### **5. Dados sobre insumos para realização de exames de contato:**

5.1 Como ocorre a reposição dos insumos para a realização de exame de contatos de hanseníase? Se não, como a unidade resolve o problema?

**Data da entrevista:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Local da entrevista:** \_\_\_\_\_

## **APÊNDICE C: ROTEIRO DE ENTREVISTAS COM OS CONTATOS**

### **1. Dados de Identificação:**

- 1.1 N° da entrevista:
- 1.2 Idade:
- 1.3 Sexo:
- 1.4 Escolaridade:
- 1.5 Profissão:
- 1.6 Grau de parentesco com o paciente:

### **2. Dados sobre acessibilidade ao exame de contato:**

- 2.1 Alguém comunicou a necessidade de ir a unidade fazer exame de pele (dermatoneurológico)?
- 2.2 Quem marcou pra você?
- 2.3 Compareceu a consulta? ( ) sim ( ) não ( se não, pular para a pergunta 2.8, se sim, pular a mesma questão)
- 2.4 Se foi agendar, enfrentou fila?
- 2.5 Quanto tempo esperou entre a marcação da consulta e a consulta?
- 2.6 Esperou muito tempo na sala de espera? Quanto tempo?
- 2.7 Como foi seu contato com a Unidade de Saúde?
- 2.8 Por que não compareceu a consulta?
- 2.9 Quanto tempo leva do seu domicilio a Unidade de Saúde?
- 2.10 Precisa utilizar transporte para ir até a Unidade de Saúde?
- 2.11 Se sim, qual é o meio utilizado de transporte?
- 2.12 Quanto tempo leva entre o seu domicílio e o laboratório central?
- 2.13 Precisa utilizar transporte para ir ao laboratório?
- 2.14 Se sim, qual é o meio de transporte utilizado?
- 2.15 Qual é a unidade de Saúde que você mais procura quando precisa? Por que procura essa unidade?
- 2.16 Você sabe o que é a hanseníase? Como se transmite?

## **APÊNDICE D: ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA**

1. Horário de atendimento da Unidade
2. Horário efetivo de trabalho dos profissionais
3. Número de profissionais da Unidade
4. Formas de acesso dos usuários ao exame de contato/Como é marcado as consultas dos contatos
5. Existência de atendimento diferenciado para pacientes de hanseníase e seus contatos (porta de entrada facilitada)
6. Existência de acolhimento aos usuários
7. Realização de esclarecimentos quanto ao funcionamento do Programa na Unidade
8. Realização de atividades educativas na Unidade (específicas), quem as realiza e como
9. A forma de registro dos exames de contato
10. Condições físicas e espaço adequado para o atendimento
11. Emissão de atestado médico ou comprovante de comparecimento aos Contatos de hanseníase para justificar falta no trabalho
12. Respeito ao sigilo quanto à patologia
13. Forma de registro da ficha de notificação de hanseníase (letra legível, dados completos)

# ANEXO

## Anexo 1 – Ficha de notificação/ investigação

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº	
FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO HANSENÍASE					
<b>Caso confirmado de Hanseníase:</b> pessoa que apresenta uma ou mais das seguintes características e que requer poliquimioterapia: - lesão (ões) de pele com alteração de sensibilidade; acometimento de nervo (s) com espessamento neural; baciloscopia positiva.					
Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual	
	2	Agravado/doença		HANSENÍASE	
	3	Código (CID-10)	3 Data da Notificação		
	4	UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
Noificação Individual	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	
	7	Data do Diagnóstico			
	8	Nome do Paciente		9 Data de Nascimento	
	10	(ou) Idade	11 Sexo	12 Gestante	13 Raça/Cor
Dados de Residência	14	Escolaridade			
	15	Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe	
	17	UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	
	19	Distrito			
	20	Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)	Código	
	22	Número	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1	
	25	Geo campo 2		26 Ponto de Referência	
	27	CEP			
	28	(DDD) Telefone	29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)	
	<b>Dados Complementares do Caso</b>				
Dados Clínicos	31	Nº do Prontuário		32 Ocupação	
	33	Nº de Lesões Cutâneas	34 Forma Clínica	35 Classificação Operacional	
Atendimento	36	Modo de Entrada			
	37	Modo de Detecção do Caso Novo			
	40	Baciloscopia			
Tratamento	41	Data do Início do Tratamento		42 Esquema Terapêutico Inicial	
	43	Número de Contatos Registrados			
Observações adicionais:					
Investigador	Município/Unidade de Saúde			Código da Unid. de Saúde	
	Nome	Função	Assinatura		
Hanseníase		Sinan NET		SVS 30/10/2007	