

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

FLAVIA MENEGUETTI PIERI

A atenção aos doentes de hanseníase no sistema de saúde
de Londrina, PR

RIBEIRÃO PRETO

2013

FLAVIA MENEGUETTI PIERI

A atenção aos doentes de hanseníase no sistema de saúde
de Londrina, PR

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo,
para obtenção do título de Doutor em Ciências,
Programa de Pós-Graduação Enfermagem em
Saúde Pública.

Linha de pesquisa: Práticas, saberes e políticas
de saúde

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Alexandre Arcêncio

RIBEIRÃO PRETO

2013

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Pieri, Flavia Meneguetti

A atenção aos doentes de hanseníase no sistema de saúde de Londrina,
PR. Ribeirão Preto, 2013.

107 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão
Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Alexandre Arcêncio

1. Acesso aos Serviços de Saúde. 2. Atributos da Atenção Primária à Saúde.
3. Sistemas de Saúde. 4. Hanseníase.

PIERI, Flavia Meneguetti

A atenção aos doentes de hanseníase no sistema de saúde de Londrina, PR

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo,
para obtenção do título de Doutor em Ciências,
Programa de Pós-Graduação Enfermagem Saúde
Pública.

Aprovado em / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Dedicatória

A DEUS,

Um dos grandes perigos que pode atingir a fé é a tentação de crer que aquilo que se pode ver é real, e o que não se vê é menos real. Paulo destaca que, para o cristão, o que se vê é mais importante, por isso é o que é real (2Co 4.18).

Fé é a certeza de coisas que não se veem. A vida de fé caracteriza-se por uma crença firme e constante de que algo vai acontecer. Se abandonarmos essa crença, passaremos a acreditar apenas no que vemos. Foi assim que consegui superar esses três anos de doutorado, momentos de escuridão, sem um norte a seguir, muitas mudanças, medos e tristezas, mas nunca deixei de acreditar que seria possível!

Ao meu esposo, Ludovico,

por compartilhar todos os caminhos a serem percorridos nesta etapa de nossas vidas. Foi o primeiro a apoiar, a incentivar e a respeitar meus momentos de estudo.

Sem você talvez não tivesse alcançado esse mérito obrigada por tudo, ao longo desses anos.

Agradeço a Deus, por ter você ao meu lado nesses 15 anos!

À minha filha, Ana Clara,

tão pequena, mas muito grande na compreensão!

Obrigada, por todas as cartinhas desenhadas e escrita, que me acompanharam nos momentos de minha ausência.

Quero pedir desculpas, filha pois, em alguns momentos de apresentação, estudo, enfim, não pude estar presente, mas, com certeza, meu coração sempre esteve contigo.

Aos meus irmãos, pelo companheirismo ao longo desses anos.

Rodrigo, por tantas vezes que me socorreu com meus computadores.
Gabriella, mesmo à distância em quilômetros não deixou de me acompanhar passo a passo, obrigada pelas idas e vindas para dar apoio,
na minha ausência, para a Ana Clara.

Aos meus pais, **Odaír, Elza, e Francisca** (in memoriam) que, apesar de não entenderem muito sobre o que realmente é um doutorado, me apoiaram, admiraram e ajudaram a formar meu caráter.

À minha avó, **Leonor**, na sua simplicidade, se colocando sempre disponível para alguma coisa. Quero dizer: vó, acabei!

Aos meus tios e tias, primos e primas, sobrinhos e sobrinhas, cunhados e cunhadas, sogro e sogra, por torcerem pelo meu crescimento profissional.

À tia **Ilza**, tia **Nadir** e **Tio Mauro**, que, apesar da distância, sempre estiveram presente durante toda essa etapa. Muito obrigada!

A toda a equipe do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina-UEL, pelo apoio nos momentos dessa trajetória.

Especialmente à equipe da minha área de trabalho, **Denise, Elaine, Elma, Gilselena e Gabriela**. Muito obrigada!

Aos meus amigos **Sueli e Francisco, Luzinete, Nina, Andrea Miazaki, Valdênia e Efigênio, Maria Laura, Maria Eugênia, Adriana Azinari, Cleuma, Beth Ikeda, Denise Meier**,
Desculpem-me aqueles que não citei o nome, mas todos fazem parte deste cenário. Dizem que amigos verdadeiros podem passar longos períodos sem se falarem e jamais questionarem essa amizade. Quando eles se encontram, independente do tempo e da distância, parece que se viram ontem, e nunca guardam mágoas ou rancor. Entendem que a vida é corrida, mas que você os amará **PARA SEMPRE**.

Aos membros do grupo de pesquisadores
do Prof. Dr. Ricardo Alexandre Arcêncio (Ludmila, Mel, Juliane,
Marcela, Michelle, Isabela, Tati,
Ana Celeste,
Concy, Marcelino, Luiz, Antônio),
por me acolherem e contribuírem para a minha
formação na troca de experiências.

À Ludmilla e Mel,
pelo apoio para meu exame de qualificação,
lapidando meus primeiros esboços do projeto.
Lud, não poderia deixar de mencionar aqui, o apoio
intenso nos ajustes da versão final deste estudo.
Meu muito obrigada.

A todos os funcionários e docentes da
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto,
meu muito obrigado!

Ao funcionário da portaria sr. José,
desde o primeiro encontro na EERP-USP,
sempre incentivando que tudo daria certo,
meu muito obrigada!

Aos doentes de hanseníase, que foram os sujeitos deste estudo,
meu muito obrigada pelo consentimento relativo às entrevistas.
Foi ótima essa aproximação com vocês.
Compartilharei suas análises com outros, por meio de publicações,
com o intuito de melhorias para o acesso ao diagnóstico
e tratamento para vocês, no SUS.

A todos da equipe de saúde do Serviço de Atenção Primária à Saúde,
enfermeiros, auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem,
agentes comunitários e Dr^a. Roseli,
pelo interesse e paciência em ajudar a localizar todos
os pacientes distribuídos na cidade de Londrina, PR.

Aos alunos: Ingrid, Fernanda e Dennis,
que ajudaram na primeira fase da coleta dos dados desta pesquisa.

A todos que, por acaso não citei, e,
de alguma forma,
colaboraram para o desenvolvimento desta
pesquisa e com a minha formação, meu eterno agradecimento.

Agradecimentos Especiais

Ao meu orientador, Prof. Dr. Ricardo Alexandre Arcêncio, que me acolheu sem me conhecer, no meio do processo do curso, aceitando o desafio de trabalhar/pesquisar hanseníase.

Obrigada por me receber neste Programa e acreditar em minhas potencialidades, mesmo sabendo que não teria a mesma disponibilidade de tempo que algumas universidades públicas oferecem para seus docentes ao cursarem a pós-graduação com exclusividade. Proporcionou-me crescimento intelectual, sinalizando-me caminhos no mundo da pesquisa, com incentivos à produção científica. Você é um exemplo de profissional, guerreiro, vem conquistando seu espaço na docência e na pesquisa, envolvendo todos os seus orientandos em seus projetos, numa perspectiva de grupo, firmando compromissos, determinações e muita responsabilidade na construção dos artigos científicos e projetos em agências de fomento importantes.
Meu muito obrigada!

À Prof^a.Dr^a. Cláudia Benedito Santos, por fazer parte do meu início na pós-graduação e que, por apenas cinco meses, participou como orientadora, guiando-me nas tomadas de decisões. Agradeço a sua cordialidade, atenção e compreensão, no momento que precisei trocar de orientador, por assumir nova etapa profissional dentro da academia na Universidade Estadual de Londrina.
Minha gratidão;

À Profa. Dr^a. Vânia Paschoal e Prof^a. Dra. Ione Carvalho Pinto, membros da banca examinadora do exame de qualificação, por me ajudarem a refletir para melhorias do projeto.

À banca examinadora, pelas contribuições e reflexões apresentadas.

*“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor,
mas lutei para que o melhor fosse feito.
Não sou o que deveria ser,
mas graças a Deus, não sou o que era antes”.*

MARTIN LUTHER KING

RESUMO

PIERI, F. M. **A atenção aos doentes de hanseníase no sistema de saúde de Londrina, PR.** 2013. 107p. Tese (Doutorado)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

O objetivo deste estudo foi analisar a atenção aos doentes de hanseníase no sistema de saúde de Londrina, PR. Trata-se de estudo epidemiológico descritivo de corte transversal. Foram entrevistados 119 doentes de hanseníase, notificados no Sistema de Informações de Agravos de Notificação, no período de 2009 a 2012, e residentes na área urbana. Para a coleta dos dados, utilizou-se um instrumento adaptado para atenção à hanseníase - *Primary Care Assessment Tool*. A análise dos dados se deu por meio da análise univariada com cálculo de medidas de posição, de dispersão, de frequências e proporção relativa; análise bivariada, com a aplicação do teste qui-quadrado de proporções para as variáveis categóricas, e análise de variância (ANOVA) para as variáveis métricas, e quando violados os critérios dessa, recorreu-se ao teste de Kruskal-Wallis. Para análise multivariada, utilizou-se a análise de correspondência múltipla. Fixou-se o erro tipo 1 ($\alpha=0,05$). Dos 119 entrevistados, 60 (50,42%) doentes eram do sexo masculino, 64 (53,78%) com idade média entre 42 e 65 anos, 79 (66,39%) possuíam ensino fundamental, 60 (50,42%) declararam-se casados, 56 (47,07%) referiram atividade econômica não formal, 107 (89,92%) residiam em domicílio de alvenaria, 69 (57,98%) residiam com mais de 3 pessoas. Os resultados apontaram que os doentes de hanseníase procuram as unidades mais próximas de sua residência, mas não é onde ocorre o diagnóstico e o tratamento. Os atributos concernentes ao diagnóstico e ao tratamento foram classificados respectivamente em não satisfatório e regular; o vínculo alcançou níveis satisfatórios. Os demais atributos, elenco de serviços, coordenação, participação da família e orientação à comunidade, não alcançaram valores satisfatórios. Verificou-se, ainda que aqueles com maior renda avaliaram mais insatisfatoriamente o acesso à atenção do que os de menor renda. Os resultados despertam reflexões quanto às políticas de descentralização das ações de eliminação da hanseníase.

PALAVRAS-CHAVE: Acesso aos serviços de saúde; Atributos da Atenção Primária à Saúde; Sistemas de saúde; Hanseníase.

ABSTRACT

PIERI, F. M. **The attention to the leprosy patients in the health system of Londrina, PR.** 2013. 107p. Doctorate Thesis – Nursing School of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

The aim of this study was to analyze the attention to the leprosy patients in the healthcare system of Londrina, PR. This is a descriptive, epidemiological and cross-sectional study. It was possible to interview 119 leprosy patients, who were reported in the Notifiable Diseases Information System, during in the period 2009/2012, and living in the urban area. For data collection, it was used an instrument adapted to the attention of the leprosy: The Primary Care Assessment Tool. Data analysis was performed by means of univariate analysis with the calculation of position measurements, dispersion, frequency and relative proportion. Also, it was possible to perform a bivariate analysis with the application of the chi-squared test of proportions to the categorical variables, analysis of variance (ANOVA) for metric variables, and when their criteria were violated, it was used the Kruskal-Wallis test. For multivariate analysis, it was used a multiple correspondence analysis. It was possible to fix the type 1 error in ($\alpha=0,05$). Out of the 119 respondents, 60 (50.42%) were males; 64 (53.78%) had an average age between 42 and 65 years old, and 79 (66.39%) had primary education. Sixty of them (50.42%) reported being married; 56 (47.07%) reported an informal economic activity; 107 (89.92%) were living in masonry homes, and 69 (57.98%) were living with more than 3 people. The results showed that patients with leprosy look for the closest units to their residences; however, diagnosis and treatment occur in other places. The attributes concerning the diagnosis and treatment were ranked respectively as unsatisfactory and regular, and the connection achieved satisfactory levels. The remaining attributes, services available, coordination, family involvement and community orientation did not reach satisfactory values. It was also possible to verify that people with higher incomes evaluated more poorly the care access than people with lower income. The results arose reflections about policies of actions decentralization in order to eliminate the leprosy.

KEY WORDS: Access to the Health Services; Attributes of the Primary Health Care, Health Systems; Leprosy.

RESUMEN

PIERI, F. M. PIERI, F. M. **La atención de los enfermos con lepra en el sistema de salud de Londrina, PR.** 2013. 107p. Tesis de Doctorado - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

El objetivo del estudio fue analizar la atención de los enfermos con lepra en el sistema de salud de Londrina, PR. Este es un estudio epidemiológico-descriptivo y de corte transversal. Fueron entrevistados 119 pacientes con la enfermedad de Hansen, que fueron notificados en el Sistema de Informaciones de Agravamientos de Notificación en el período 2009/2012, y los cuales residían en el área urbana. Para la obtención de los datos se utilizó un instrumento adaptado para la atención de la enfermedad de Hansen: *The Primary Care Assessment Tool*. El análisis de los datos se llevó a cabo por medio de un análisis univariado con cálculos de medidas de posición, dispersión, frecuencias y proporción relativas; análisis bivariado, con la aplicación del examen chi-cuadrado de proporciones para las variables categóricas, el análisis de variancia (ANOVA) para las variables métricas, y cuando fueron violados los criterios de ésta, se recurrió al examen de Kruskal Wallis. Para el análisis multivariado se utilizó el examen de correspondencia múltiple. Se fijó el error tipo 1 en ($\alpha=0,05$). De los 119 entrevistados, 60 pacientes (50,42%) eran del sexo masculino, 64 (53,78%) con una edad promedio entre 42 y 65 años, 79 (66,39%) tenían estudios primarios, 60 (50,42%) declararon estar casados, 56 (47,07%) refirieron tener una actividad económica informal, 107 (89,92%) residían en viviendas de materiales, 69 (57,98%) residían con más de 3 personas. Los resultados mostraron que los pacientes con la enfermedad de Hansen buscan las unidades más próximas de su residencia, pero el diagnóstico y el tratamiento ocurren en otro lugar. Los atributos relacionados con el diagnóstico y tratamiento fueron clasificados respectivamente como insatisfactorios y regulares, en cambio, el vínculo alcanzó niveles satisfactorios. Los demás atributos, elenco de servicios, coordinación, participación de la familia y orientación para la comunidad no alcanzaron los valores satisfactorios. Además, se verificó que aquellos que tenían una renta mayor evaluaron de manera más insatisfactoria el acceso para la atención que los de menor renta. Los resultados despiertan reflexiones en relación a las políticas de descentralización de las acciones para la eliminación de la enfermedad de Hansen.

PALABRAS CLAVE: Acceso a los Servicios de Salud; Atributos de la atención Primaria para la salud; Sistemas de Salud; Enfermedad de Hansen.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACH	Ações de Controle da Hanseníase
ACM	Análise de Correspondência Múltipla
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BCG	Bacillus Calmette-Guérin
Cismepar	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema
EERP-USP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto–Universidade de São Paulo
ESF	Equipe de Saúde da Família
GEOTB	Grupo de Estudos Epidemiológicos e Operacionais em Tuberculose
GIF	Grau de Incapacidade Física
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
ISSS	Investigação em Sistemas de Serviços de Saúde
MB	Multibacilar
MH	Moléstia de Hansen (hanseníase)
MS	Ministério da Saúde
Nasf	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
Noas	Norma Operacional da Assistência à Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde

PB	Paucibacilar
PCATool	Primary Health Care Assessment
PCH	Programa de Controle da Hanseníase
PNCH	Programa Nacional de Controle da Hanseníase
PQT	Poliquimioterápico
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
Samu	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
Siate	Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência
SID	Serviço de Internação Domiciliar
SINAN	Sistema de Informações de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
TCD	Tabela Disjuntiva Completa
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UNIMOS	Unidade Móvel de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE FIGURAS

- FIGURA 1** Fluxograma dos doentes alocados no estudo e respectivas perdas43
- FIGURA 2** Decrescimento dos valores próprios. Londrina,PR (2009-2012) 68
- FIGURA 3** Mapa perceptual – porta de entrada, acesso ao diagnóstico e tratamento de hanseníase considerando-se a idade, renda e escolaridade dos doentes. Londrina,PR (2009-2012) 70

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	Resumo de estudos relacionados ao acesso ao doente de hanseníase na APS	34
QUADRO 2	Itens considerados para mensuração dos atributos de desempenho do sistema na atenção aos doentes de hanseníase. Londrina,PR	47
QUADRO 3	Contribuição das variáveis para a Inércia das dimensões 1 e 2	67

LISTA DE TABELAS

TABELA	1	Características sócio-demográficas dos doentes de hanseníase. Londrina, PR (2009-2012)	52
TABELA	2	Distribuição de grupos de doentes de hanseníase com diferentes faixas etárias em relação às variáveis <i>status</i> de saúde e deixar de realizar atividades em razão da doença. Londrina, PR (2009-2012)	53
TABELA	3	Distribuição de grupos de doentes de hanseníase com rendas distintas em relação às variáveis <i>status</i> de saúde e deixar de realizar atividades em razão da doença. Londrina, PR (2009-2012)	54
TABELA	4	A porta de entrada dos doentes de hanseníase. Londrina, PR (2009-2012)	55
TABELA	5	Acesso ao diagnóstico dos doentes de hanseníase. Londrina, PR (2009-2012)	56
TABELA	6	Acesso ao tratamento dos doentes de hanseníase. Londrina, PR (2009-2012)	57
TABELA	7	Vínculo dos doentes de hanseníase com os serviços de saúde. Londrina, PR (2009-2012)	58
TABELA	8	Elenco de serviços ofertados pelas equipes de saúde para o diagnóstico e acompanhamento dos doentes de hanseníase. Londrina, PR (2009-2012)	60
TABELA	9	Coordenação do cuidado dos doentes de hanseníase. Londrina, PR (2009-2012)	61
TABELA	10	Participação da família no tratamento dos doentes de hanseníase. Londrina, PR (2009-2012)	62
TABELA	11	Orientação das ações em saúde pelas comunidades afetadas pela hanseníase. Londrina, PR (2009-2012)	63
TABELA	12	Percepção do usuário em relação ao profissional de saúde para atendimento aos doentes de hanseníase. Londrina, PR (2009-2012)	64

TABELA 13	Atributos dos sistemas de saúde em relação à idade dos doentes de hanseníase. Londrina,PR (2009-2012)	65
TABELA 14	Atributos dos sistemas de saúde em relação à renda dos doentes de hanseníase. Londrina,PR (2009-2012)	66

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	19
1 INTRODUÇÃO	22
2 QUADRO TEÓRICO	28
3 OBJETIVOS	38
3.1 GERAL	39
3.2 ESPECÍFICOS	39
4 MATERIAL E MÉTODO	40
4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA	41
4.2 CENÁRIO DA PESQUISA	41
4.3 A REDE DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE LONDRINA-PR E A ASSISTÊNCIA À HANSENÍASE	41
4.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO	42
4.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	44
4.6 COLETA DE DADOS	45
4.7 ANÁLISE DOS DADOS	46
4.8 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA	49
5 RESULTADOS	50
6 DISCUSSÃO	71
7 CONCLUSÃO	80
REFERÊNCIAS	83

APÊNDICES

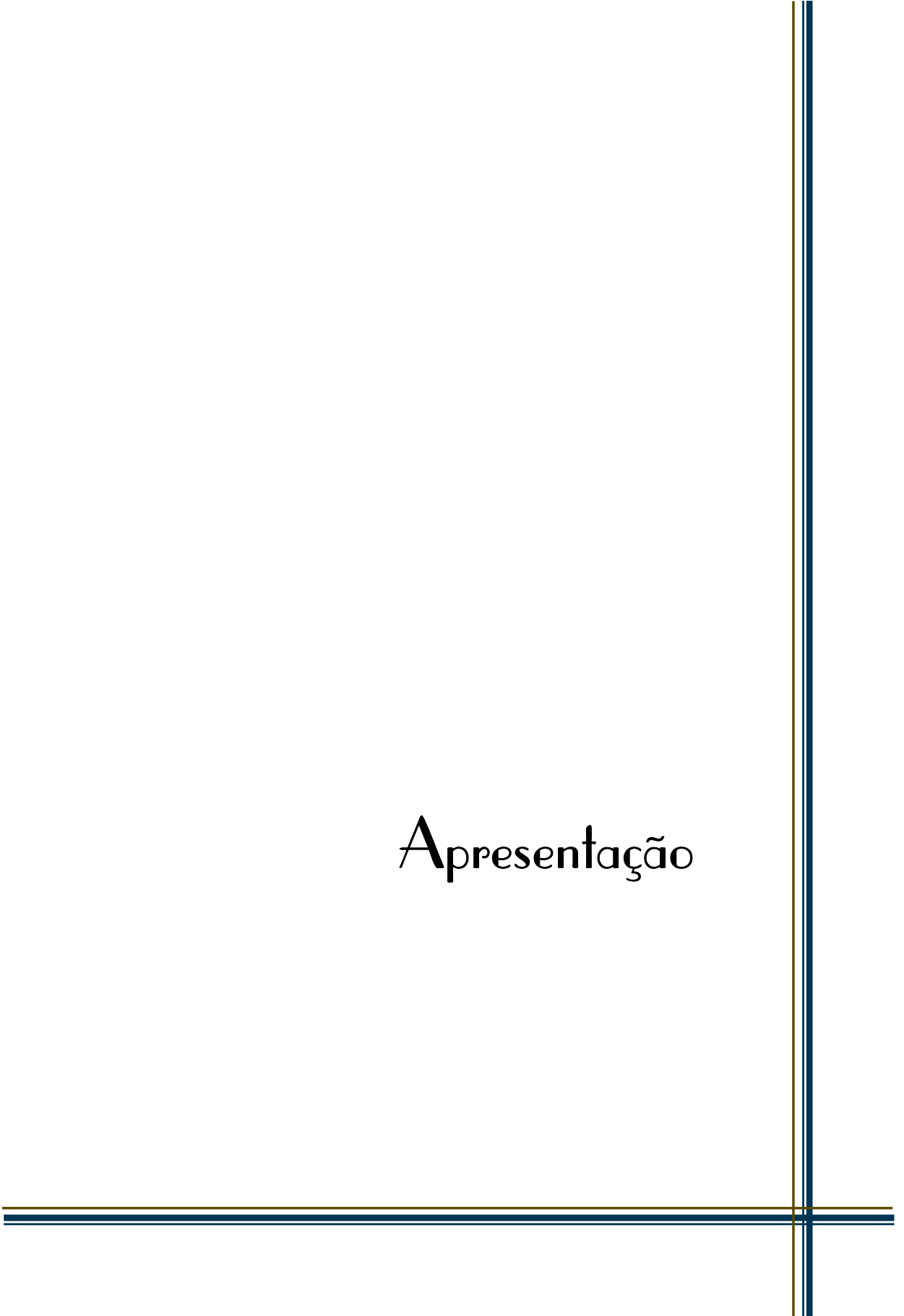
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) ... 94

ANEXOS

ANEXO A – ATENÇÃO AOS DOENTES DE HANSENÍASE NO
SISTEMA DE SAÚDE DE LONDRINA-PR 97

ANEXO B – COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO
SERES HUMANOS 107

Apresentação



O presente trabalho traz a perspectiva da atenção às pessoas com Moléstia de Hansen (MH) hanseníase, em um sistema de saúde brasileiro. O Brasil, apesar de ter avançado em termos de medidas políticas de acesso aos sistemas de saúde, desde o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS), ainda precisa avançar em relação à redução das iniquidades do acesso e da proteção social à grupos mais vulneráveis (PAHO, 2012).

A MH está no rol das doenças globais tidas como negligenciadas, porque a mesma não só prevalece em condições de pobreza, mas, também, contribui para a manutenção do quadro de desigualdade, já que ela representa forte entrave ao desenvolvimento do país (GONÇALVES; MANTELLINI; PADOVANI, 2010; PAHO, 2012).

Destaca-se que a doença tem impacto na economia e onera significativamente a renda das famílias mais pobres (SOUSA et al., 2012). Embora o tratamento seja universal no país, a forma que os sistemas de saúde tendem a se organizar implica, ainda, consideráveis gastos aos seus usuários.

Segundo dados recentes, publicados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Estado tem arcado com somente 41,6% das despesas em saúde e o restante do encargo tem ficado sob responsabilidade da própria população brasileira (IBGE, 2010). Para Abdala (2013), isso é muito pouco para um país que instituiu a política de universalização de seu sistema de saúde. Segundo ele, o Brasil é o único país com sistema universal de saúde em que o gasto privado é maior que o público. Ainda para o autor, a criação do SUS possibilitou a melhoria do acesso da população, mas ainda não é suficiente para cobrir as necessidades de saúde.

Assim, na presente pesquisa, teve-se a intenção de trazer contribuições para o fortalecimento dos serviços quanto ao controle e eliminação da MH, não somente do ponto de vista clínico e epidemiológico, mas, também, no sentido de correção das desigualdades e mazelas produzidas pelos sistemas de saúde brasileiros.

A ideia de se avaliar a atenção aos doentes de MH surgiu a partir da discussão no grupo de pesquisa e remonta a uma série de estudos conduzidos pelo

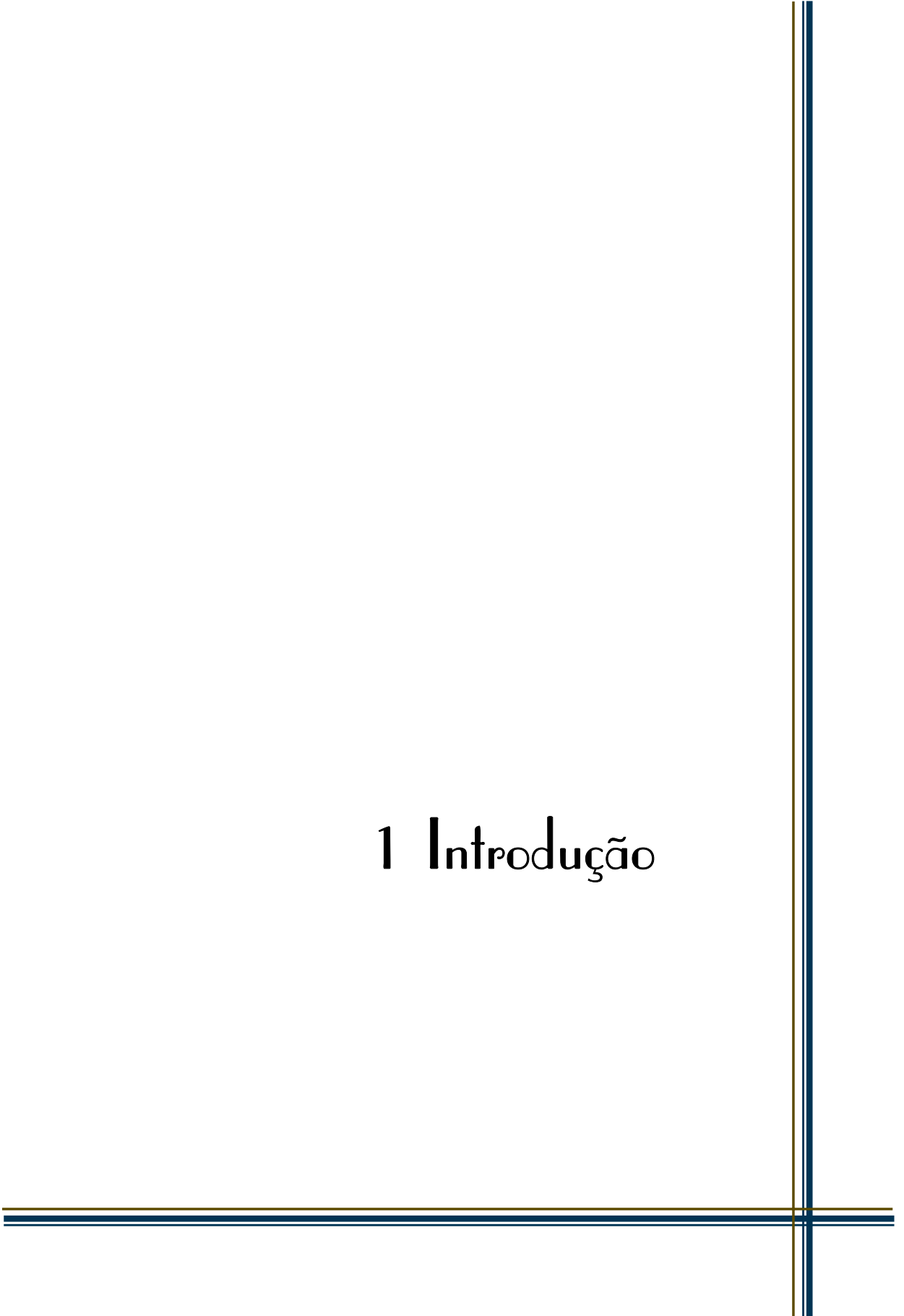
Grupo de Estudos Epidemiológicos e Operacionais em Tuberculose (GEOTB) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP). No Brasil, embora o referido grupo tenha liderado pesquisas na área de tuberculose (TB), novas vertentes investigativas têm sido geradas pelos seus pesquisadores, haja vista o amadurecimento desse grupo no tocante à plataforma metodológica de seus estudos e *expertise* adquirida com a produção de conhecimento na área de saúde coletiva. Assim, este estudo se inscreve justamente no rol de trabalhos produzidos pelos pesquisadores do GEOTB e inaugura, com esta tese, uma série de trabalhos sobre MH, pelo menos essa é a intenção.

A MH consiste numa doença fácil para tratar e curar, tendo como fator agravante a repercussão sociopsicológica gerada pelas incapacidades físicas, que podem ocorrer na evolução da doença, causando o estigma e isolamento do doente na sociedade (AJAYI et al., 2013; WHO, 2010).

O diagnóstico precoce e o tratamento adequado permitem que o doente se cure sem incapacidades PAHO (2012), mas, para isso, é importante que os sistemas de saúde estejam sensíveis ao problema, produzindo ações impactantes para a eliminação da doença, com profissionais de saúde preparados para identificar, diagnosticar e tratar a MH. Há que se destacar que a eliminação não é sinônimo de erradicação, mas consiste em manter a taxa de prevalência menor que 1 caso em cada 10.000 habitantes, pois foi a partir do ano 2004, que o país se readequou ao cálculo desse indicador, para que fosse possível fazer comparações com outros países. No Brasil, 7,2% dos novos casos diagnosticados em 2010 possuíam incapacidade com grau 2, e a doença acomete ainda muitas crianças, assim, a ideia é que se avance com definição de estratégias efetivas para enfrentamento do problema (BRASIL, 2013).

Dessa maneira, a tese se reveste da intencionalidade de produção de conhecimento para uma área prioritária e, também, subsidiar novas tecnologias a serem incorporadas na produção do cuidado às populações afetadas. A mesma está estruturada em capítulos, estando composta pela introdução, quadro teórico, método, resultados, discussão e, por fim, conclusão. No final da tese, estão os anexos e os apêndices nos quais também foi incluído o instrumento de pesquisa utilizado para responder os objetivos propostos.

1 Introdução



A iniquidade no acesso aos sistemas de saúde tem sido alvo de permanente preocupação nos países em desenvolvimento, especialmente no que se refere às doenças emblemáticas da pobreza, como a MH. O relatório da OMS de 2010 demonstrou a predominância desse agravo nas Regiões da África, das Américas, do Sudeste Asiático, do Mediterrâneo Oriental e do Pacífico Oeste (WHO, 2010).

O surgimento da MH no Brasil ocorreu por volta do ano 1600, com a colonização dos portugueses. Os primeiros casos da doença foram relatados na cidade do Rio de Janeiro e, conseqüentemente, outros focos surgiram nos Estados da Bahia e do Pará (FARIAS, 2008). No fim do século XVII, aconteceu no Rio de Janeiro a 1ª Conferência Médica sobre MH, objetivando a padronização do tratamento desse agravo em hospitais especializados (CUNHA et al., 2007).

O processo de redemocratização, iniciado nos anos 80, juntamente com as intensas transformações no sistema de saúde brasileiro levaram à mobilização em prol da eliminação da MH, com uma entonação de alívio do sofrimento humano e não apenas como um cumprimento de meta (PEREIRA et al., 2008).

A MH, na atualidade, está inserida entre as prioridades do Pacto pela Vida (BRASIL, 2006), todavia, há grandes desafios para se instituir medidas efetivas à quebra da cadeia de transmissão. Destaca-se que, no país, somente 1/3 dos portadores são notificados e estima-se que muitos desses fazem tratamento irregular ou o abandonam, tendo como consequência bacilos resistentes às medicações e que podem levar a dificuldades no tratamento da doença, agravando o problema da doença no país (GIRÃO et al., 2013; MIRANZI et al., 2010).

Nos últimos anos, a prevalência da MH no país tem declinado progressivamente, de 2,37 por 10.000 habitantes em 2006, para 1,56 por 10.000 habitantes em 2010 (OPAS, 2013). Em 2012, apresentou coeficiente geral de detecção de 17,2 por 100 mil habitantes, número esse que é considerado pela OMS como relativamente alto (BRASIL, 2013). O Brasil é o único país na América que não atingiu a meta global de eliminação da MH (OPAS, 2013).

O Ministério da Saúde (MS) considera como caso de MH, o sujeito que apresenta uma ou mais das seguintes características: lesão de pele com alteração de sensibilidade, acometimento de nervo com espessamento neural e baciloscopia positiva (BRASIL, 2006).

No tocante aos indicadores operacionais, relatório publicado pelo MS, em 2009, apontou que a média do percentual de casos de MH avaliados, quanto ao Grau de Incapacidade Física (GIF), no diagnóstico foi de 85,2% entre os períodos de 1990 e 2008, sendo esse considerado como regular. O GIF 2, importante indicador de detecção precoce, oscilou entre 5,6% em 2003 e 9,4% em 2007, apresentando classificação “média”, segundo parâmetros estabelecidos por essa agência. A avaliação do GIF na cura foi considerada “precária” no período, com média de 61,4% de avaliados (BRASIL, 2009).

A despeito dos comunicantes examinados, o relatório revela ainda que a atividade é pouco priorizada pelos sistemas de saúde, alcançando percentual de 54,3% no ano 2008. Esses indicadores evidenciam a centralidade da atenção nas condições agudas e parece evidenciar pouco investimento nas ações de vigilância em saúde (BRASIL, 2009).

No tocante aos horizontes traçados no âmbito do MS, para eliminação da doença, a principal meta está justamente na detecção e tratamento precoce da doença, diagnosticando o doente na forma inicial, Paucibacilar (PB) e sem alteração de incapacidade física; em relação aos doentes com tratamento em curso, a meta está num tempo menor e com menor probabilidade de complicações reacionais e sem abandonos (BRASIL, 2009). Assim, para consecução desses objetivos, a Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido considerada como estratégia de ampliação do acesso e para reorientação das práticas. Outros autores reconhecem que a integração do sistema é um caminho profícuo no enfrentamento da MH (RAFFE et al., 2013).

Na presente pesquisa, a autoria assume a APS como uma estratégia de organização dos sistemas de saúde capaz de responder às condições crônicas e agudas, direcionada para uma atenção mais integrada, que

consegue abarcar e resolver parte dos problemas da população, de forma digna e humanizada.

Em sua forma mais desenvolvida, é o primeiro contato com o sistema de saúde e o local responsável pela organização do cuidado à saúde dos indivíduos, de suas famílias e da população, ao longo do tempo. É o local por onde a população deve ter acesso à rede de atenção e essa deve estar qualificada para atender e resolver os principais problemas de saúde da população (STARFIELD, 2002).

A descentralização impingida pelo SUS, tem, no Pacto em defesa do SUS, sua fiel expressão, ficando nele explícita a responsabilidade da APS no tocante às ações de vigilância em saúde às condições crônicas, dentre elas a eliminação da hanseníase. Assim, um movimento de integração da MH à APS vem ganhando cada vez mais força no país, e os resultados recentes publicados trazem resultados animadores quanto à detecção de casos em alguns municípios (RAPOSO; NEMES, 2012).

Para os autores anteriormente citados, a mudança no panorama epidemiológico da doença no Ceará coincide justamente com o número de Programas de Hanseníase integrados à APS, todavia, o grande desafio é reduzir a zero o número de incapacidades pelo diagnóstico precoce.

Autores, entretanto, consideram que, para ocorrer a integração na conjuntura atual sob pena de desmantelamento desses programas, é importante o compromisso político com a APS, de forma a torná-la mais robusta, com aparato tecnológico, práticas inovadoras, sustentáveis, e uma política institucionalizada de qualificação permanente das equipes de saúde (GOMIDE et al., 2009).

Desde a publicação das Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS) 01/2002, há um movimento nacional em prol da descentralização das ações de controle da MH para APS, contudo, há aspectos que antes precisam ser assegurados, para que não ocorra a transferência de responsabilidades e para um ponto de atenção que guarda fragilidades no tocante ao diagnóstico e tratamento da doença, conforme aponta o relatório do MS

(BRASIL, 2009). A depender da compreensão que um gestor tem de APS, ela pode ser desconsiderada no tocante à investidura de recursos financeiros e tecnológicos e estar à parte de um plano de desenvolvimento do sistema local de saúde (SAMPAIO et al., 2009).

No mais, a concepção da APS, como seletiva, representa um entrave a qualquer movimento de descentralização das ações de controle da MH. Embora o termo descentralização tenha sido abordado em parágrafos anteriores, caberia, neste momento, trazer a concepção defendida nesta pesquisa, em que oportunamente a autoria a toma emprestada de Mendes (2001), que se refere ao deslocamento de responsabilidades e poderes para os entes federativos, visando o seu fortalecimento para a gestão dos sistemas de saúde.

Na atual conjuntura do sistema de saúde brasileiro, o número de casos de MH tende à estagnação, sem perspectivas de o país alcançar a meta de eliminação nos próximos anos, justamente porque o *modus operandi* dos serviços vem corroborando a detecção das populações mais afligidas por essa doença. O acesso aos sistemas de saúde, especialmente a APS, tem ficado aquém das expectativas das normativas e planos nacionais (SAMPAIO et al., 2009).

Destaca-se que os sistemas de saúde trazem grandes desafios no que tange à eliminação da MH, não somente do ponto de vista do acesso geográfico, mas à própria política institucional assumida por esses sistemas, que fragilizam a vinculação da clientela à APS. Isso acontece porque o modelo de atenção tende a se voltar para as condições agudas e não para as condições crônicas. Assim, as ações tendem a estar centradas no indivíduo e, ainda, muito curativa, conforme evidenciam estudos conduzidos em diferentes cenários (LANZA; LANA, 2011; SEIDL; ZANNON, 2004).

Embora essas questões tenham sido apresentadas em alguns trabalhos de MH, por Murto et al. (2012) e Visschedijk et al. (2003), não se observam quaisquer estudos que tenham a proposta de investigar em profundidade os atributos de desempenho de um sistema integrado e voltado às condições crônicas, como porta de entrada, acesso ao diagnóstico e ao

tratamento, vínculo, elenco de serviços, coordenação, enfoque na família e orientações para comunidade. Isso representa uma lacuna no conhecimento, o que motivou a autoria deste estudo a procurar respostas para fortalecer os sistemas de saúde e, assim, subsidiar a definição de políticas efetivas para a eliminação da doença no país.

Os atributos de desempenho de um sistema voltados às condições crônicas Mendes (2011), foram trabalhados e serão mostrados nos próximos capítulos da tese. Na referida sessão estão descritos os principais achados de uma revisão sistemática da literatura, em que se apresenta uma síntese dos principais achados da amostra de artigos selecionados e os desafios vivenciados pelos sistemas locais, para elevação da qualidade da atenção à MH.

2 Quadro Teórico



O quadro teórico que subsidia as análises da tese tem como foco central o acesso e a acessibilidade apresentados por diversos trabalhos e autores (DONABEDIAN, 1973; DONABEDIAN, 2003; FEKETE, 1997; HOUAISS; VILLAR, 2001; LANZA; LANA, 2011; SANCHEZ; CICONELLI, 2012; STARFIELD, 2002; TRAVASSOS, 2008; TRAVASSOS; MARTINS, 2004; TRAVASSOS; VIACAVAL, 2007). Embora nesta tese se tenha trabalhado com outros atributos da APS, que são vínculo, elenco de serviços, coordenação do cuidado, focalização na família e orientação para a comunidade, optou-se neste momento, por considerar somente o acesso, pois é um atributo que permeia todos os demais.

Antes de se adentrar as questões concernentes ao acesso e à acessibilidade, é importante saber sobre o significado conceitual de alguns atributos relevantes ao desempenho de um sistema integrado, e equitativo. O primeiro contato, implica em boa acessibilidade e ao uso do sistema de saúde para cada novo problema.

Para o primeiro contato, implica a boa acessibilidade e o uso do sistema de saúde para cada novo problema, ou novo episódio de um problema para os quais se procura atenção à saúde. O vínculo repercute a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, num ambiente de relação mútua de confiança e humanizada entre equipe de saúde, indivíduos e família (STARFIELD, 2002).

A coordenação denota a capacidade de garantir a continuidade da atenção entre diversos pontos de atenção à saúde, por meio da equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante e de se articular com a função de centro de comunicação das Redes de Atenção à Saúde (RAS). A focalização na família implica considerá-la como o sujeito da atenção, o que exige uma interação da equipe de saúde com essa unidade social e o conhecimento integral de seus problemas de saúde. A orientação comunitária exige uma análise situacional das necessidades de saúde das famílias, numa perspectiva populacional, e a sua integração em programas intersetoriais de enfrentamento dos determinantes sociais da saúde (STARFIELD, 2002).

A construção desta pesquisa e suas premissas se sustentam não somente nas revisões teóricas, mas, também, no empírico, na trajetória e convivência da autoria com doentes de MH, nos sistemas de serviços locais. As revisões e tessituras, descritas logo mais, trazem reflexões e contribuições para o fortalecimento desses sistemas de saúde no diagnóstico precoce, bem como sobre os caminhos enveredados por alguns sistemas para ampliação do acesso e também resolutividade das demandas, podendo extrair da amostra de artigos lições, experiências e reflexões.

A partir da revisão de literatura, depende-se que o conceito de acesso varia entre diversos autores, muitas vezes empregado de forma imprecisa, com predomínio da visão do acesso como uma dimensão do desempenho dos sistemas de saúde associada à oferta de serviços (TRAVASSOS, 2008).

Na presente pesquisa adotou-se o conceito ampliado de acesso, que traz aspectos da disponibilidade de recursos, aceitabilidade pelos usuários, capacidade de pagamento e informação. Esses aspectos podem ser avaliados junto a outros atributos de desempenho de um sistema de saúde integrado, auxiliando, dessa forma, a avaliação da equidade (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

A dimensão “disponibilidade” constitui-se na representação da existência ou não do sistema de saúde no local apropriado e no momento em que é necessário. No que tange à “aceitabilidade”, trata-se da natureza dos serviços prestados e o modo como eles são percebidos pelos indivíduos e comunidades. A “capacidade de pagamento” compreende a relação entre o custo de utilização dos sistemas de saúde e a capacidade de pagamento dos indivíduos e engloba conceitos relacionados ao financiamento do sistema de saúde. E, para finalizar, apresenta-se a “informação”, enfatizando-se a sua importância para a compreensão de cada uma das dimensões do acesso (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

Por assim dizer, o acesso reflete as características dos sistemas de saúde que atuam aumentando ou diminuindo obstáculos à obtenção de serviços pela população. Dentre os fatores dos sistemas e dos recursos de saúde

que limitam seu uso pelos usuários, a barreira de acesso, eleita como a mais importante, na maioria dos casos é a indisponibilidade ou ausência física de serviços e recursos humanos que sinaliza a falta de condição indispensável para a sua utilização (TRAVASSOS; VIACAVA, 2007).

Todavia, a mera disponibilidade de recursos não garante o acesso. Barreiras geográficas, financeiras, culturais, organizacionais, entre outras, propagam características de oferta que, individualmente ou em conjunto, atuam promovendo ou interrompendo a capacidade dos indivíduos de utilizarem serviços para atender suas necessidades de saúde (TRAVASSOS; VIACAVA, 2007). Para analisar o acesso, é necessário identificar os componentes que facilitam ou dificultam a oferta dos sistemas de saúde para a população (LANZA; LANA, 2011).

Starfield (2002) distingue os termos acesso e acessibilidade. A acessibilidade é um aspecto da estrutura de um sistema ou unidade de saúde, necessário para se atingir a atenção ao primeiro contato; o acesso é a forma que a pessoa experimenta essa característica de seu sistema de saúde. Alguns autores definem o termo acessibilidade no sentido de caráter ou qualidade do que é acessível (DONABEDIAN, 1973), enquanto outros preferem o termo acesso no sentido de ingressar, entrar nos sistemas (HOUAISS; VILLAR, 2001). Para Donabedian (2003), os dois termos indicam o grau de facilidade com que as pessoas obtêm serviços de saúde.

A acessibilidade pode ser interpretada como uma atenção ao primeiro contato e, para oferecê-la, o sistema deve ser facilmente acessível, caso contrário, a busca pela atenção será adiada, talvez a ponto de afetar o diagnóstico precoce e impossibilitar a resolução do problema (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

A iniquidade no acesso à rede de atenção à saúde é um traçador da qualidade e efetividade dos sistemas de saúde, expresso por meio de internações, incapacidades e óbitos. Uma estratégia, amplamente debatida em âmbito internacional e nacional, para correção das desigualdades em saúde, está

na renovação da APS. Assim, ela tem ocupado papel central num processo de transformação dos sistemas, da sua transposição de sistemas fragmentados para integrados. Toda essa discussão, leva a crer que os atributos da APS são as ferramentas robustas Nedel et al., (2010), quando se almeja avaliar um sistema de saúde, justificando dessa forma o emprego de uma versão adaptada do *Primary Health Care Assessment Tool* (PCATool). Apresentar-se-ão detalhes desse instrumento em sessão oportuna.

Para a elaboração do quadro teórico optou-se pelo desenvolvimento de uma revisão sistemática qualitativa, em que, a partir das bases de dados indexadas no *MEDLINE*, *LILACS* e *PubMed*, selecionaram-se por conveniência, artigos, considerando como descritores: acesso, acessibilidade, atenção primária à saúde e hanseníase. Do material extraído, optou-se pela inclusão de uma amostra com 19 artigos, segundo a conveniência da autoria. Na referida amostra, observa-se que os estudos foram publicados entre os anos 2007 e 2012. Desses, 14 (73%) utilizaram abordagens quantitativas e 5 (27%) qualitativas.

Dos estudos epidemiológicos, encontrou-se que a maioria se classificava como descritivo de corte transversal, sendo que a maior parte era de coorte retrospectiva e se utilizava de fontes secundárias de informação. Dentre os objetos contemplados nesses estudos, observou-se que a descentralização das ações de eliminação da MH foi amplamente abordada e discutida, inclusive nos cenários internacionais.

Para a maioria dos autores, essa é uma decisão política importante na ampliação do acesso e produção de equidade pelos sistemas de saúde. Em relação a descentralização, como medida sanitária de ampliação do acesso, também esteve contemplada nas pesquisas de abordagem qualitativa, especialmente no trabalho de (LANZA; LANA, 2011).

Pode-se observar, nas análises dos trabalhos, os diferentes movimentos ocorridos dos municípios para a descentralização. Alguns conseguiram avançar em relação à incorporação das ações de eliminação da MH

2 Quadro Teórico

à APS (LANA; LANZA, 2011), outros que não contaram com a retaguarda dos centros de referência, geraram um desmantelamento das medidas dos programas de eliminação da MH (PINTO et al., 2010; RAPOSO; NEMES, 2012).

A síntese de todos os resultados da amostra selecionada, está apresentada no Quadro 1.

O Quadro 1 apresenta experiências para a ampliação do acesso da população ao diagnóstico e tratamento da MH nos sistemas de saúde. Os conceitos vão se modificando onde eles estão sendo implantados, trazendo, ainda, alguns desafios deparados por esses sistemas para a efetivação e melhoria do cuidado.

REFERÊNCIA	TIPO DE ESTUDO	LOCAL	OBJETIVO	RESULTADO PRINCIPAL OBSERVADO
OLIVEIRA; MACEDO, 2012	Descritiva exploratória	Iretema, PR	Traçar o perfil epidemiológico dos portadores de MH de 2005 a 2009	Detectaram falhas na classificação das formas clínicas, na classificação operacional, na realização do exame clínico, além da presença de municípios que permaneceram em silêncio epidemiológico, da falta de registro de informações sobre a evolução dos casos e de informações ignoradas e em branco
LINO; GOMIDE, 2012	Abordagem qualitativa	Município do interior do Brasil	Descrever, a partir da análise de redes sociais, um Programa de Controle da Hanseníase (PCH), relacionando à dinâmica da rede social com os indicadores	O programa do município estrutura-se nas relações interpessoais dos atores mais centrais da rede social e que, a partir da análise dos indicadores, é possível sugerir realocação de profissionais em diferentes cargos. Concluíram ainda que o programa é improvisado
RAPOSO; NEMES, 2012	Descritivo, retrospectivo (1996-2000)	Aracaju, SE	Avaliar as características epidemiológicas e operacionais do programa de MH no período anterior e posterior à integração nos serviços de APS	Houve aumento no período pós-integração para: casos com grau de incapacidade, contatos intradomiciliares e ainda uma diminuição no abandono do tratamento
ALENCAR et al., 2012	Análise espacial, no período de 2001-2009	Maranhão, Pará, Tocantins e Piauí	Apresentar diferentes abordagens analíticas espaciais para definir áreas altamente vulneráveis	Detectaram diagnósticos tardios com grau 2 de incapacidade, e alta incidência em menores de 15 anos. Há necessidade de intensificar as ações do PCH
LANZA; LANA, 2011	Abordagem qualitativa, no período de 2005 a 2007	Nove municípios da Microrregião de Almenara, MG	Analisar o acesso às ações de controle da MH na APS	O acesso é garantido por meio da priorização do agravo na política de saúde, presença de profissionais capacitados, pela disponibilidade de instrumentos e exames específicos e recursos para divulgação
KAWUMA; MUDIOPE, 2011	Abordagem quantitativa, no período de 2007 a 2008	Uganda	Estabelecer as categorias de pré-serviço das instituições de formação de saúde em Uganda que ainda mantêm lepra em seus currículos e como o treinamento de lepra é organizado	A MH foi incluída nos currículos de 33 (78%) das instituições estudadas, mas apenas 50% les tinham treinamentos organizados. Há necessidade de desenvolver um plano de ensino, capacitar os formadores e ainda garantir o acesso ao tema MH nos currículos

continua...

...continuação

REFERÊNCIA	TIPO DE ESTUDO	LOCAL	OBJETIVO	RESULTADO PRINCIPAL OBSERVADO
GAUTHAM et al., 2011	Abordagem quantitativa, retrospectiva. Período de abril de 2005 a dezembro de 2006	Distrito de Chamrajanagar, Índia	Avaliar a incapacidade médica, reabilitação e necessidades psicossociais dos pacientes de MH	Houve diagnóstico tardio, na média de meses foi de 8,25; graus de incapacidades; tratamentos em casos de reações hansênicas insatisfatórios; necessidades de orientações para doentes de MH de autocuidados e treinamentos para a equipe de saúde
COSTA et al., 2010	Análise exploratória, no período de 2006 a 2010	Salvador, BA	Verificar a avaliabilidade do Plano Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH) em âmbito Estadual e Municipal	Evidenciou-se que treinamentos para os profissionais de saúde são realizados, no entanto, eles ainda parecem insuficientes. A falta de verba destinada exclusivamente para o controle da MH dificulta seu manejo
PINTO et al., 2010	Descritivo de corte transversal, no ano de 2008	Salvador, BA	Identificar o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes notificados com MH em um hospital especializado	Encontrou-se retardo no diagnóstico, com excesso de serviço centralizado
PROTO et al., 2010	Análise comparativa	Região Amazônica e Região ABC, São Paulo	Avaliar o impacto da MH no cotidiano dos pacientes e suas possíveis relações com as peculiaridades clínicas e epidemiológicas da doença	Revelou falha diagnóstica na fase inicial da doença, deficiência na assistência à saúde, poucos profissionais habilitados e diagnóstico tardio
ARANTES et al., 2010	Descritivo Transversal, no período de julho de 2007 a julho de 2008	São José do Rio Preto, SP	Avaliar os serviços de saúde em relação à descoberta precoce da doença e às dificuldades enfrentadas pela população para iniciar e/ou dar continuidade ao tratamento, no período de 1998 a 2006	Média de consultas para diagnosticar a MH foi de 2,7 em unidade de serviço público e de 4,5 nos serviços privados. A maioria dos pacientes não relataram dificuldades para iniciar o tratamento. Quanto ao deslocamento de suas residências até os locais de atendimento, em média, foi de 9,2 km, o esperado seria 1,5km; a média de gasto de R\$(0,30/Km)
SAMPAIO, et al., 2009	Abordagem qualitativa, em abril de 2008	Estados do Pará e Maranhão	Avaliar as ações de controle da MH inseridas nos componentes do PNCH, na perspectiva do profissional de saúde	Falta de compromisso na operacionalização das ações nas unidades de saúde. Falta de compromisso dos profissionais envolvidos com as ações do PCH e falta de vontade política da gestão municipal e estadual em implementar determinadas ações
SOBRINHO et al., 2009	Estudo descritivo, no ano 2002	Municípios da 14ª Regional de Saúde de Paranaíba, PR	Conhecer o perfil das pessoas atingidas pela MH e notificadas durante o ano 2002, ano em que o PCH passou à responsabilidade dos municípios	Necessidade da inserção integral do tratamento da MH nos serviços da APS, para garantia do acesso às informações pertinentes à prevenção, diagnóstico, tratamento integral e reabilitação a todos os doentes

continua...

...conclusão

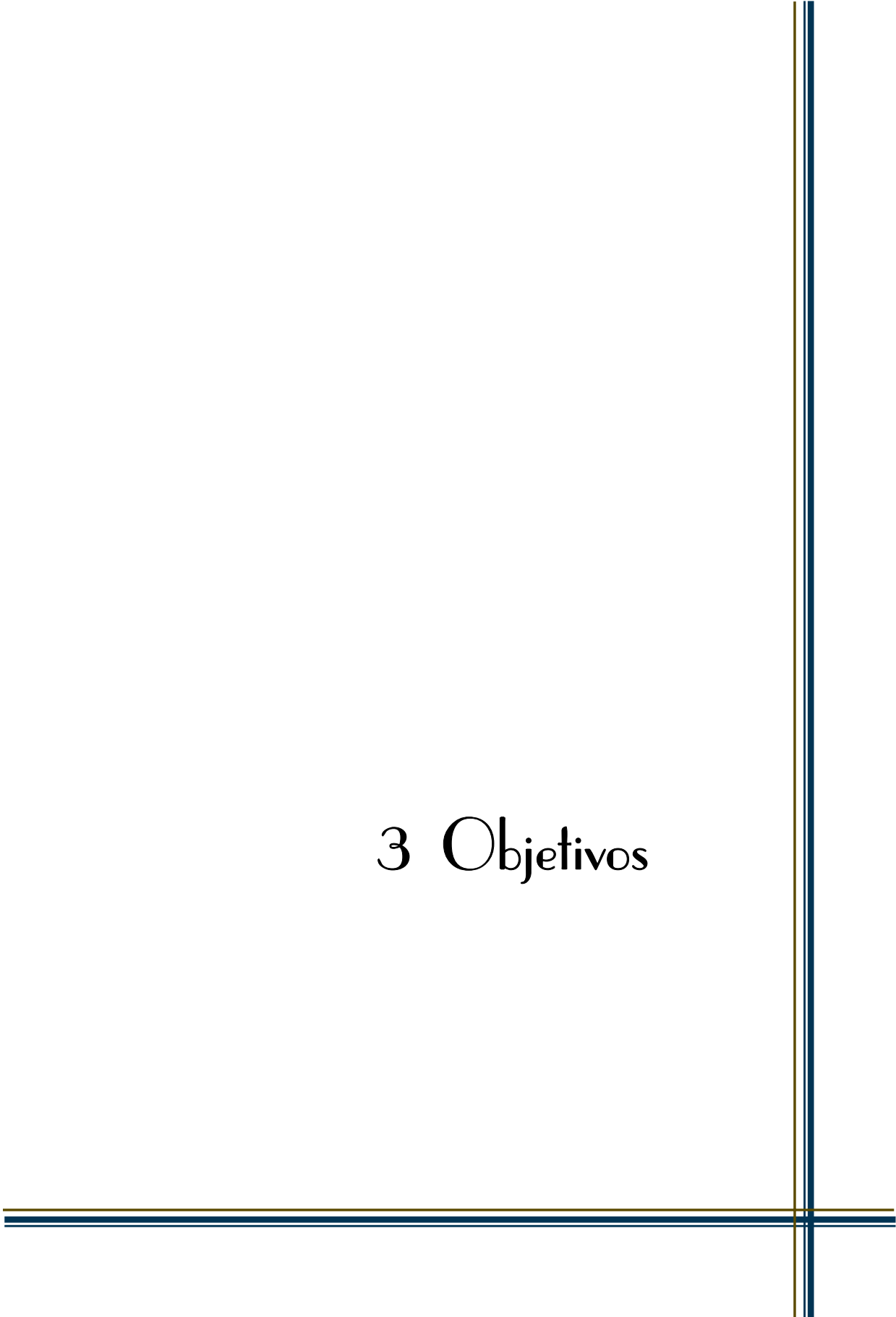
REFERÊNCIA	TIPO DE ESTUDO	LOCAL	OBJETIVO	RESULTADO PRINCIPAL OBSERVADO
SIDDIQUI et al., 2009	Recrutamento contínuo até atingir a saturação	Orissa, Índia	Avaliar o processo de integração das ações em MH, na percepção de pacientes e profissionais	Ações da APS prejudicadas; hospitais urbanos com atendimento aos casos de MH com objetivo de ajudar a APS, houve comprometimento na gestão, prejudicando a identificação de casos novos, retardo no início do tratamento de aproximadamente 1-8 meses após a visita da APS, comprometendo ainda o abandono do tratamento
FERREIRA et al., 2009	Estudo Transversal, no ano 2006	Nove municípios do Estado de Tocantins	Identificar, do ponto de vista do profissional de saúde, fatores que possam ser modificados para melhorar a efetividade do Programa Estadual de Controle da MH	A maioria dos médicos apresentaram-se aptos a diagnosticar a MH; após capacitações para médicos e enfermeiros realizadas pelo PCH, houve melhora no tratamento e diagnóstico, porém, com limitações. Concluíram, que as capacitações em MH não atendem às reais necessidades de conduta dos profissionais nas ações de diagnóstico e tratamento do agravo
BARBOSA et al., 2008	Abordagem qualitativa, no período de 2006	Porto Velho, RO e Fortaleza, CE	Analisar a compreensão dos profissionais de saúde envolvidos direta ou indiretamente com o desenvolvimento das ações do PCH preconizadas, em diferentes níveis de atenção	Deficiência na assistência na rede básica, com parte de suas ações realizadas pelos centros de referência
PENNA et al., 2008	Retrospectivo, no período de 1980 a 2006	Região Sudeste do Brasil	Estudar a tendência da taxa de detecção da MH	Melhora do acesso na APS com a cobertura vacina Bacillus Calmette-Guérin (BCG) para os doentes de MH
RAMOS JR. et al., 2008	Abordagem qualitativa, no período de 2001 a 2005	Vários Estados Brasileiros	Apresentar experiências de introdução sistemática da metodologia das investigações em sistemas de serviços de saúde (ou pesquisas operacionais em saúde) no Brasil, como uma estratégia para potencializar os PCHs	Concluíram que, dos projetos de Investigação em Sistemas de Serviços de Saúde (ISSS), no Brasil, sem uma equipe de coordenação qualificada, administrando o PCH em nível municipal e sem o suporte político necessário, as ações de descentralização e integração na rede de serviços de atenção primária à saúde não progredirão
CUNHA et al., 2007	Estudo descritivo, dos últimos 14 anos	Duque de Caxias, RJ	Caracterizar a situação epidemiológica da MH	Houve integração do PCH pelo PSF; campanhas localizadas em áreas endêmicas, em parcerias com outras instituições

FONTE: Construção da autoria

QUADRO 1 – Resumo de estudos relacionados ao acesso ao doente de hanseníase na APS

Pode-se depreender dessa revisão que é preciso refletir e rever as estratégias analítico-avaliativas, com o objetivo de encontrar a chave para o sucesso dos programas de controle da MH. Chave essa que, certamente, passa pela dimensão das relações interpessoais e da própria forma com que sujeitos e instituições se relacionam; deve ganhar destaque nesta discussão a importância de se instituir redes de cooperação entre sistemas, especialmente entre a APS e os serviços de referência. Não se pode pensar na descentralização numa perspectiva de transferência de responsabilidade, mas sim de uma possibilidade de sinergia entre trabalhadores de saúde, comprometidos com o problema e corresponsáveis pelo seu enfrentamento. A tendência verticalizadora não é a melhor solução porque não permite a diversidade de pessoas e dos processos, também não amplia o acesso, os estudos da revisão mostram que a diversidade amplia o leque de ações e esse é um caminho profícuo rumo à eliminação da hanseníase do cenário mundial.

3 Objetivos



3.1 GERAL

- ▶ Analisar a atenção aos doentes de hanseníase no sistema de saúde de Londrina, PR.

3.2 ESPECÍFICOS

- ▶ Caracterizar o perfil sociodemográfico dos doentes de hanseníase e relacionar os grupos com faixas etárias e rendas distintas com o *status* de saúde e as habilidades e disposição para as atividades diárias.
- ▶ Investigar a porta de entrada considerada por esses doentes.
- ▶ Analisar o acesso dos doentes de hanseníase ao diagnóstico e ao tratamento.
- ▶ Analisar o vínculo e a percepção dos doentes em relação aos profissionais e serviços de saúde.
- ▶ Levantar o elenco de serviços ofertado pelos sistemas locais para atenção aos doentes de hanseníase.
- ▶ Avaliar a coordenação do cuidado do doente de hanseníase pelos sistemas de saúde.
- ▶ Avaliar se as ações em saúde ofertadas pelas equipes estão orientadas pelas famílias e pelas comunidades.

4 Material e Método



4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Trata-se de estudo epidemiológico descritivo, de corte transversal.

4.2 CENÁRIO DA PESQUISA

Elegeram-se como cenário desta investigação o município de Londrina, localizado no Estado da Paraná, que possui população de 515.707 habitantes e apresenta os seguintes indicadores: Coeficiente de Mortalidade Geral de 5,95 por 1.000 habitantes; Esperança de Vida ao Nascer de 74,68 anos; Taxa de Alfabetização de Adultos de 94,31%; Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,824; Coeficiente de Gini de 0,580 e Índice de Exclusão Social de 0,63 (IBGE, 2013).

4.3 A REDE DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE LONDRINA-PR E A ASSISTÊNCIA À HANSENÍASE

A atenção à saúde em Londrina, PR, está organizada a partir das equipes de saúde da família, distribuídas nas 62 Unidades Básicas de Saúde (UBS). Dentre esse número, nove se encontram em construção. Atualmente, 14 unidades em área rural e 39 em área urbana, distribuídas em: a área central e oeste albergam sete unidades em cada região; região norte conta com nove unidades; sul e leste com oito unidades em cada região. Além, de oito Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF); conta ainda com 313 agentes comunitários de saúde (ACS) e 76 equipes de saúde da família (ESF), e, com quatro unidades de pronto atendimento (UPA). A prestação de serviço em locais de difícil acesso da população é feita através de uma Unidade Móvel de Saúde (UNIMOS) (IBGE, 2013).

O município dispõe ainda de Serviço de Internação Domiciliar (SID), o atendimento em urgência e emergência pré-hospitalar móvel é feito pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) e Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência (Siate).

No tocante ao atendimento à MH, houve reorganização no município a partir de 2009, com a proposta de descentralizar as ações. De acordo com as Atas de Reuniões da Comissão de Reorganização da Rede de Assistência ao Usuário Portador de MH, todos os ACSs e médicos das ESFs, foram capacitados. Dentre as 62 UBSs, apenas cinco unidades, foram destinadas como “unidades piloto”, para identificar, acompanhar e encaminhar os casos de MH aos serviços centralizados (Policlínica ou Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema - Cismepar). As UBSs selecionadas foram: Panissa (região oeste), Vivi Xavier (região norte), Centro Social Urbano (região central), Marabá (região leste) e Itapoã (região sul).

De acordo com os documentos, a partir da confirmação do diagnóstico nos centros de referências, o protocolo é promover a contrareferência para a unidade de saúde mais próxima da residência do doente, para que a mesma, possam acompanhar o doente e os contatos intradomiciliares, por no mínimo cinco anos, conforme estabelecido pelo MS. Os documentos destacam que a entrega do poliquimioterápico (PQT), avaliação médica e fisioterápica, ocorre na maioria das vezes, nos centros de referências. Os centros de referências oferecem atendimento à demanda espontânea, em que a policlínica atende doentes residentes em Londrina, PR e o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema (Cismepar), aqueles pertencentes à 17ª Regional de Saúde, essa última unidade também atende os casos mais complexos de MH do município em estudo.

4.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO

A população do estudo foi constituída por doentes de MH notificados no Sistema de Informações de Agravos de Notificação (Sinan) entre 1 de janeiro de 2009 a 31 de dezembro de 2012, residentes na área urbana de Londrina. O fluxograma abaixo (Figura 1) descreve a população do estudo, critérios de exclusão, óbitos, as perdas e, assim, os casos alocados para a pesquisa. Em relação às perdas, destaca-se que, após três tentativas de

localização do doente, quando não localizados, os sujeitos eram excluídos da pesquisa. No final, foram incluídos 119 doentes com diagnóstico de MH.

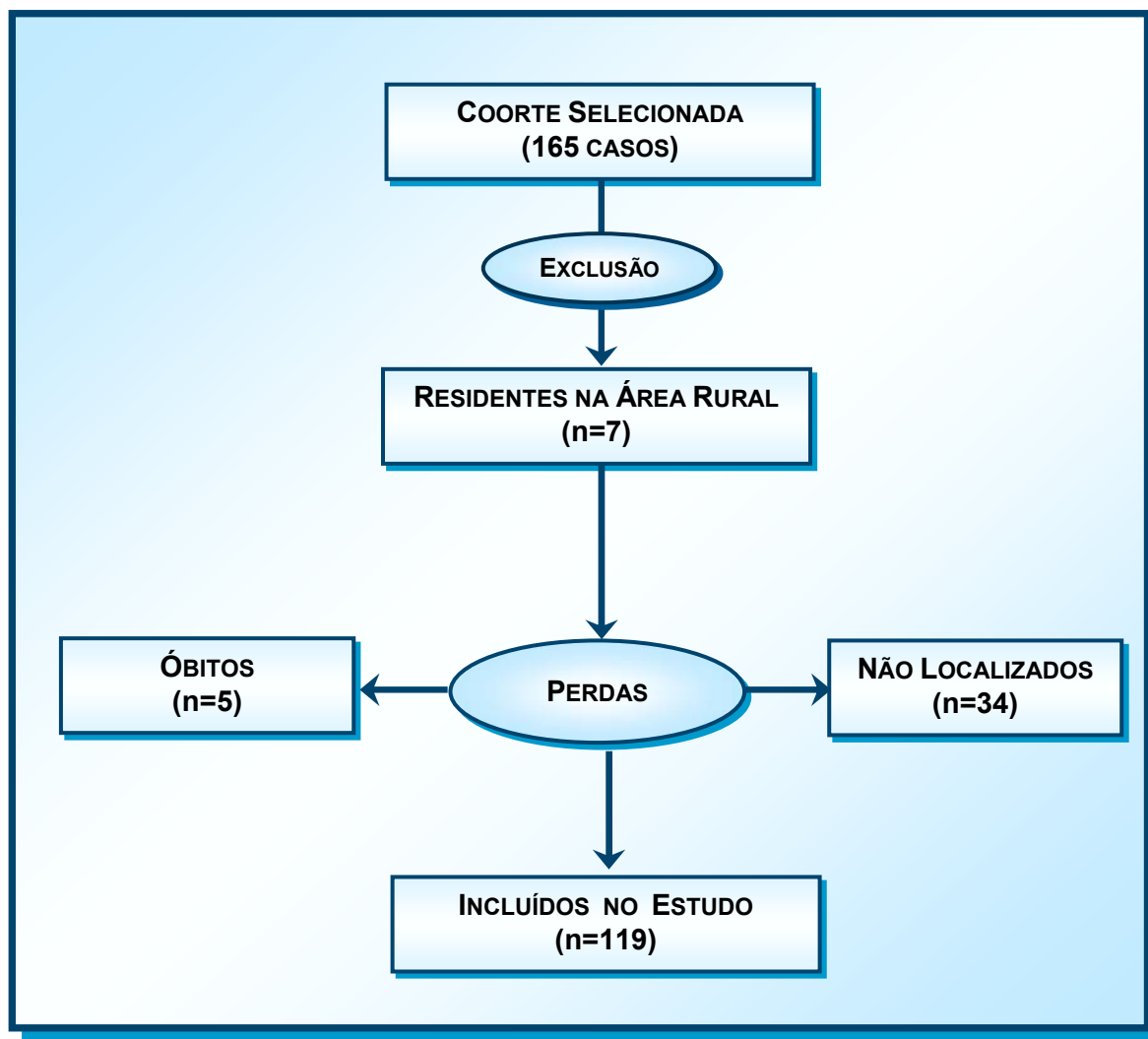


FIGURA 1 — Fluxograma dos doentes alocados no estudo e respectivas perdas

4.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados utilizou-se um instrumento inspirado no *Primary Health Care Assessment Tool (PCATool)*, adaptado para a Atenção à Tuberculose por Villa e Ruffino-Neto (2009) (Anexo A). Adaptou-se o referido instrumento para atenção à hanseníase e, posteriormente, realizou-se o teste-piloto com dez pacientes que estavam em seguimento no Cismepar. Os sujeitos participantes dessa etapa não foram incluídos na pesquisa de campo. O teste-piloto foi importante para certificar a validade semântica e cultural do instrumento à população do estudo, possíveis resistências no seu preenchimento, adequação e suficiência das respostas e também para subsidiar o planejamento de coleta de dados.

Escolheu-se o instrumento em decorrência de seus construtos possibilitarem a avaliação do desempenho dos sistemas de saúde na atenção às condições crônicas e por guardar muitas singularidades ao contexto da MH, no tocante à oferta e à produção de ações (NODORI; OLEA; DORION, 2013). A decisão da autoria também esteve sustentada na experiência com o processo de validação do instrumento e, assim, sobre o próprio conhecimento das propriedades psicométricas do mesmo de avaliar os sistemas de saúde e as Redes de Atenção.

No tocante à composição do instrumento, destaca-se que o mesmo está estruturado em diversas partes. A primeira contém dados de identificação, as características socioeconômicas, tipo de serviço procurado quando do início dos sintomas da MH e *status* de saúde e a segunda parte, está composta por oito atributos da Atenção Primária à Saúde, sendo eles: porta de entrada, acesso ao diagnóstico e ao tratamento, vínculo, elenco de serviços, coordenação, enfoque familiar e orientação para a comunidade. Há, ainda, um último atributo, que tratou da interação profissional e doentes de MH.

A escala de mensuração considerada no instrumento foi a de *Likert*, com cinco pontos, variando de 1 (Nunca) a 5 (Sempre). O uso da referida escala é comum em pesquisas dessa natureza, por refletir a variabilidade dos

valores que resultam da escala e por possuir maior confiabilidade, permitindo mais opções de respostas aos informantes, bem como a possibilidade de classificar um dado aspecto avaliado quanto aos aspectos satisfatórios, regular ou insatisfatório (JAMIESON, 2004).

4.6 COLETA DE DADOS

Realizou-se inicialmente, uma visita ao serviço de Vigilância Epidemiológica da Secretária de Saúde de Londrina, PR, para apresentar a investigação e definir as estratégias para a coleta de dados. Uma vez cumprida essa etapa, passou-se então, a identificar os doentes de MH, considerando as Fichas de Notificação/Investigação de MH do Sinan. Na ocasião levantaram-se os endereços e as regiões municipais onde os doentes de MH estavam localizados (norte, sul, leste, oeste e central). Nesse processo de planejamento da coleta de dados também se buscou-se identificar as unidades de saúde em que os doentes estavam em seguimento.

Com a identificação, passou-se a realizar visitas às unidades de saúde, a fim de apresentar ao gestor o projeto de pesquisa e, ainda, formalizar a autorização para o acesso aos prontuários dos doentes de MH. Buscou-se, nessa etapa, a confirmação e/ou atualização dos dados dos sujeitos selecionados para a pesquisa.

Seguiu-se com o estudo entrando em contato com os sujeitos da pesquisa por telefone, com a finalidade de agendamento para a realização da coleta de dados. Na impossibilidade de agendamento por essa via, seja pela ausência de número do telefone ou de qualquer outra forma de contato, a pesquisadora se deslocava até o endereço de moradia do doente para agendar as entrevistas.

Uma vez confirmadas às entrevistas, passou-se então, à coleta de dados nos domicílios. Na ocasião, esclareciam-se os objetivos da investigação, da possibilidade de desistência em qualquer momento e que seriam tomadas notas dos relatos. Explicava-se ainda, sobre a escala de respostas, que os

sujeitos deveriam pensar na situação a ele colocada e atribuir uma resposta, numa escala que variaria de sempre, quase sempre, às vezes, quase nunca e nunca, a depender da frequência de ocorrência do evento no cotidiano dos participantes. Pediu-se ainda, aos participantes que se remetessem às suas experiências, do início dos sintomas até à conclusão do tratamento, quando esses tinham finalizado o tratamento.

A maioria das entrevistas foram conduzidas nos domicílios e algumas no ambiente de trabalho do entrevistado, cujo horário e dia foram definidos com base na conveniência dos mesmos. Compuseram a equipe de entrevistadores duas acadêmicas de enfermagem e também a autoria do estudo. A coleta de dados se deu no período de 12 de março a 29 de setembro de 2013.

4.7 ANÁLISE DOS DADOS

A análise de dados se deu em diferentes etapas, inicialmente procedeu-se à análise univariada com descrição de medidas de posição (média, mediana) e de dispersão (intervalo de confiança de 95% e desvio-padrão). Para as variáveis sócio-demográficas (sexo, ocupação, estado civil, idade, renda, escolaridade), calcularam-se as frequências e a proporção relativa.

Para mensuração da porta de entrada, acesso ao diagnóstico e ao tratamento, vínculo, coordenação, focalização na família, orientação pela comunidade e interação profissional e doentes de MH, efetuou-se a somatória de todas as respostas, item a item, dividindo cada um deles pelo número de participantes da pesquisa, quando então foi obtida a média.

Efetuoou-se ainda, a somatória de todos os itens por atributo, dividindo esse valor alcançado novamente pelo número de participantes, obtendo a média do atributo, nomeado na pesquisa de indicador composto. Lançou-se esse procedimento para todos os atributos. No Quadro 2 estão representados os atributos com os respectivos itens do instrumento.

ATRIBUTOS	ITENS DO INSTRUMENTO <i>PCATool</i>	TIPO DE ESCALA	NÚMERO DE ITENS
Porta de entrada	v23, v24, v25, v26.	Likert	04
Acesso ao diagnóstico	v27, v28, v29, v30, v31, v32, v33, v34, v35.	Likert	09
Acesso ao tratamento	v36, v37, v38, v39, v40, v41, v42, v43, v44, v45.	Likert	10
Vínculo	v46, v47, v48, v49, v50, v51, v52, v53, v54, v55, v56.	Likert	11
Elenco de serviços	v57, v58, v59, v60, v61, v62, v63, v64, v65, v66, v67, v68, v69, v70, v71.	Likert	15
Coordenação	v72, v73, v74, v75, v76, v77, v78, v79, v80, v81, v82.	Likert	11
Enfoque na família	v83, v84, v85, v86, v87, v88, v89, v90, v91.	Likert	9
Orientações para comunidade	v92, v93, v94, v95, v96.	Likert	5
Interação profissional de saúde e doentes	v97, v98, v99, v100, v101, v102, v103.	Likert	7

Fonte: Construção da autoria

QUADRO 2 – Itens considerados para mensuração dos atributos de desempenho do sistema na atenção aos doentes de hanseníase. Londrina, PR

Na análise bivariada, procedeu-se, inicialmente, à classificação da idade em três grupos de doentes, considerando o quartil menor (<42 anos), interquartil (entre 42 e 65 anos) e quartil maior (acima de 65 anos). A intenção, aqui, nesta fase, foi testar a diferença entre os referidos grupos no tocante ao *status* de saúde e não realizar atividades habituais em razão da MH.

Para tal utilizou-se o teste qui-quadrado de proporções, assumindo H_0 , de que as variáveis são independentes, portanto, não há diferenças entre os grupos e H_1 as variáveis são dependentes, assim há diferenças entre os grupos. Também foram conduzidas essas análises com os quartis da variável renda, considerando o quartil menor (receber menos de

R\$800,00), interquartil (entre R\$800,00 e R\$2.200,00) e quartil maior (acima de R\$ 2.200,00) em relação às variáveis dependentes *status* de saúde e não realizar atividades habituais em decorrência da MH. Novamente, as hipóteses, H_0 de que as variáveis são independentes e H_1 , de que são dependentes.

Também testaram-se as diferenças entre os grupos com diferentes faixas etárias (<42 anos, entre 42 e 65 anos e acima de 65 anos) e renda (receber menos de R\$800,00, entre R\$800,00 e R\$2.200,00 e acima de R\$ 2.200,00) em relação aos indicadores compostos, onde se considerou para tal a Análise de Variância (ANOVA) e, quando violados os critérios da análise paramétrica, Kruskal-Wallis.

Certificou-se da igualdade de variância (homocedasticidade) e distribuição normal, requeridos pela ANOVA, respectivamente por meio do teste de Levene e o teste de normalidade de Shapiro-Wilk. Para a aplicação da ANOVA, assumiu-se como H_0 , de que não há diferenças entre as médias dos grupos ($x_1 = x_2 = x_3$) e H_1 , de que as médias entre os grupos são diferentes ($x_1 \neq x_2 \neq x_3$). O nível de significância estatística adotada em todos os testes foi de 5% ($\alpha=0,05$) de significância.

No terceiro momento das análises, considerou-se a estatística multivariada para uma análise conjunta das variáveis renda, idade, escolaridade em relação aos indicadores compostos, acesso ao diagnóstico e ao tratamento e porta de entrada. Para a aplicação da Análise de Correspondência Múltipla (ACM), seguiram-se os passos descritos por Alves, Fernandes e Reis (2009), em que a tabulação das respostas do questionário gerou uma matriz, na qual as linhas correspondem aos sujeitos (i) e as colunas correspondem às variáveis (j). Posteriormente, transformou-se a referida matriz em uma Tabela Disjuntiva Completa (TDC). Na tabela, as colunas representam as características das variáveis, em que, na intersecção da linha i com a coluna j, encontra-se x_{ij} , que vale 0 ou 1, indicando que o sujeito i possui ou não a característica j.

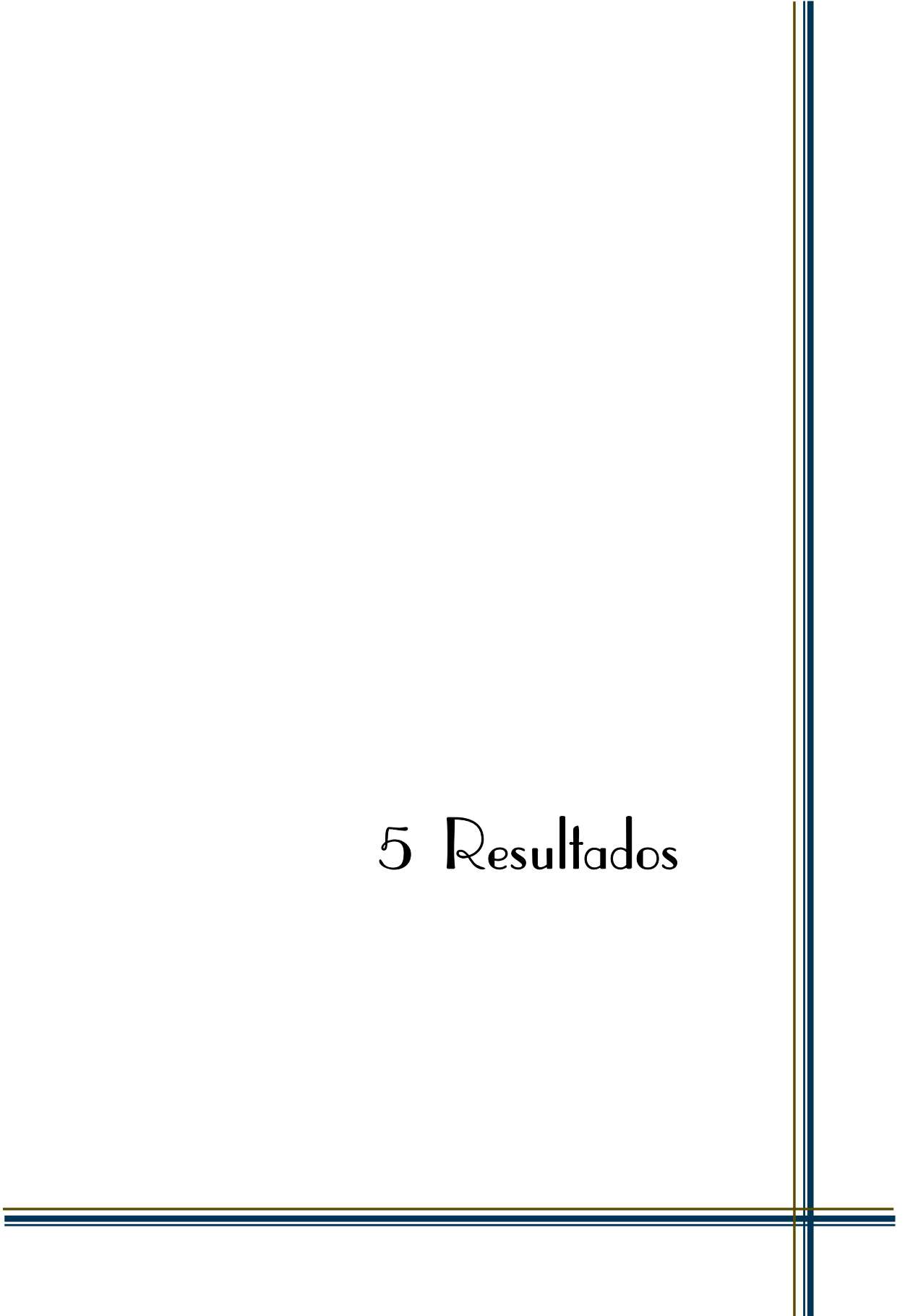
O mapa perceptual foi formado por meio dessa técnica, sendo esse a representação visual das variáveis em duas ou mais dimensões. Cada

variável tem uma posição espacial no mapa perceptual, variáveis percebidas como similares ou associadas são alocadas em pontos próximos, no mapa, ao passo que aquelas percebidas como não similares são representadas em pontos distantes. Ou seja, a proximidade indica a correspondência entre as categorias representadas nas linhas e nas colunas da tabela. Ressalta-se que o elemento linha ou coluna influi na construção dos eixos por meio de sua inércia em relação ao centro de gravidade. A inércia significa a variância do conjunto de dados (HAIR et al., 2005). A partir da ACM, foi possível extrair as dimensões mais representativas em termos da inércia, que, no estudo, correspondeu às duas primeiras. Um critério considerado para seleção das variáveis foi a contribuição das mesmas para a inércia.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, sob Protocolo nº08811212.0.0000.5393 (Anexo B), de acordo com a Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, e das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Todos os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), quando foi garantido o sigilo das informações obtidas nas entrevistas.

5 Resultados



Analisando as fichas do Sinan dos 119 doentes de MH, no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2012, observou-se que 26 doentes (22%), foram classificados como paucibacilares e 93 (78%) como multibacilares (MB). Em relação ao GIF, 28 (23,52%) corresponderam a 0, 72 (60,50%) a 1 e 19 (15,98%) a 2.

Dos 119 sujeitos entrevistados, observa-se, na Tabela 1, que a variável sexo esteve distribuída de forma equivalente, sendo 50,42% do sexo masculino e 49,58%, feminino. Em relação à idade, observou-se que a maioria dos sujeitos possuía idade entre 42 e 65 anos; em relação ao grau de escolaridade, 79 (66,39%) doentes tinham o ensino fundamental.

Referente à situação conjugal, a maior parte dos sujeitos se declarou casada (50,42%). Verificou-se, ainda, que 73 (61,34%) entrevistados referiram rendimento familiar entre R\$800,00 e R\$2.220,00. Dentre as atividades econômicas exercidas pelos sujeitos, destacaram-se a ocupação de pedreiro, pintor, encanador, eletricista, fotógrafo, barbeiro, diarista, vendedor entre outras. Observou-se, ainda, que 36 (30,25%) eram aposentados ou pensionistas.

A Tabela 1 evidencia também que 96 (80,67%) sujeitos declararam residir em casa própria, sendo que a maioria habitava em casa de alvenaria. No que se refere ao número de pessoas residentes, encontrou-se uma mediana de três sujeitos por residência.

TABELA 1 – Características sociodemográficas dos doentes de hanseníase. Londrina, PR (2009-2012)

VARIÁVEIS	n	%
SEXO		
Feminino	59	49,58
Masculino	60	50,42
IDADE (ANOS)		
< 42	29	24,37
42 — 65	64	53,78
> 65	26	21,85
ESCOLARIDADE		
Sem escolaridade	10	8,40
Ensino fundamental	79	66,39
Ensino médio	24	20,17
Ensino superior	6	5,04
SITUAÇÃO CONJUGAL		
Solteiro(a)	14	11,76
Casado(a)	60	50,42
União livre	14	11,76
Divorciado(a)	14	11,76
Viúvo(a)	17	14,30
RENDA (R\$)		
< 800	17	14,29
800 — 2220	73	61,34
> 2200	29	24,37
PROFISSÃO/OCUPAÇÃO		
Desempregado	4	3,36
Aposentado	36	30,25
Aposentado por invalidez/ auxílio doença	11	9,24
Do lar	12	10,08
Outro	56	47,07
LOCAL DE MORADIA		
Própria	96	80,67
Alugada	20	16,81
Instituição (asilo, abrigo, outros)	2	1,68
Não tem moradia (morador de rua)	1	0,84
TIPO DE MORADIA		
Alvenaria	107	89,92
Madeira	8	6,72
Mista (alvenaria e madeira)	4	3,36
MORADORES NA RESIDÊNCIA		
≤ 3	69	57,98
> 3	50	42,02

Na Tabela 2 são apresentados os resultados decorrentes da aplicação do teste qui-quadrado de proporções em relação aos três grupos, com diferentes faixas etárias. Não se observou diferenças com significância estatística entre os grupos, no tocante ao *status* de saúde e deixar de realizar atividades em razão da doença.

TABELA 2 – Distribuição de grupos de doentes de hanseníase com diferentes faixas etárias em relação às variáveis *status* de saúde e deixar de realizar atividades em razão da doença. Londrina, PR (2009-2012)

PERFIL DE SAÚDE (n=119)	GRUPO 1		GRUPO 2		GRUPO 3		P VALOR
	< 42 ANOS (n=29)		42 — 65 ANOS (n=64)		> 65 ANOS (n=26)		
	n	%	n	%	n	%	
STATUS DE SAÚDE							
Muito ruim/ ruim	3	2,52	13	10,92	2	1,68	0,06
Regular	8	6,72	28	23,53	15	12,61	
Bom/muito bom	18	15,13	23	19,33	9	7,56	
NÃO REALIZAR ATIVIDADES EM RAZÃO DA HANSENÍASE							
Sempre/ quase sempre	10	8,40	30	25,21	8	6,72	0,56
Às vezes	5	4,21	7	5,88	5	4,21	
Quase nunca/ nunca	14	11,76	27	22,69	13	10,92	

Na Tabela 3, quando os doentes foram estratificados em relação à renda, não se observou novamente diferenças com significância estatística em relação às variáveis *status* de saúde e deixar de realizar as atividades diárias.

TABELA 3 – Distribuição de grupos de doentes de hanseníase com rendas distintas em relação às variáveis *status* de saúde e deixar de realizar atividades em razão da doença. Londrina, PR (2009-2012)

PERFIL DE SAÚDE (n=119)	GRUPO 1		GRUPO 2		GRUPO 3		p VALOR
	< R\$ 800 (n=29)		R\$ 800 — R\$ 2200 (n=64)		> R\$ 2200 (n=26)		
	n	%	n	%	n	%	
STATUS DE SAÚDE							
Muito ruim/ ruim	4	3,36	7	5,88	7	5,88	0,16
Regular	9	7,58	31	26,05	11	9,24	
Bom/ muito bom	4	3,36	35	29,41	11	9,24	
FREQUÊNCIA COM QUE DEIXA DE REALIZAR ATIVIDADES EM RAZÃO DA HANSENÍASE							
Sempre/ quase sempre	9	7,58	28	23,53	11	9,24	0,41
Às vezes	-	-	13	10,92	4	3,36	
Quase nunca/ nunca	8	6,72	32	26,89	14	11,76	

A Tabela 4 expressa os itens concernentes à porta de entrada para os doentes de MH investigados. Na referida tabela pode-se observar que a maioria dos sujeitos não busca o hospital ou pronto atendimento ($\bar{x}=4,42$), quando tem alguma demanda ou necessidade de saúde. Verificou-se, ainda, que parte dos doentes procurou a APS quando do início dos sintomas da MH, todavia, eles não foram diagnosticados nesse ponto de atenção ($\bar{x}=3,73$).

Observou-se, também, que os doentes não recorrem à APS quando necessitam de uma consulta com especialista, exceto para o cuidado de MH ($\bar{x}= 2,18$). Quando o atributo porta de entrada é analisado de forma composta pelos itens, observa-se que esse atributo esteve regular.

TABELA 4 – A porta de entrada dos doentes de hanseníase. Londrina, PR (2009-2012)

VARIÁVEIS DA PORTA DE ENTRADA (n = 119)	MÉDIA (±DP)	IC95%
Busca por atendimento preventivo	3,79 (1,4)	3,54-4,05
Busca por atendimento na APS no início da doença	3,73 (1,7)	3,43-4,04
Não busca por atendimento em pronto-socorro, hospital ou serviço particular	4,42 (0,9)	4,23-4,60
Busca pela APS para encaminhamento à especialista	2,18 (1,5)	1,90-2,46
Indicador Composto*	3,53 (0,6)	3,41-3,66

Notas: DP: Desvio-Padrão; IC95%: intervalo de confiança de 95%;

*Composto de todos os itens do atributo porta de entrada.

Na Tabela 5 aponta-se o acesso ao diagnóstico do doente MH. Na referida tabela, verifica-se que, quando os itens foram avaliados de forma isolada, apenas duas variáveis desse atributo se mostraram satisfatórias em suas médias, sendo elas a obtenção de informações por telefone na unidade de saúde ($\bar{x}=4,31$) e agendamento de consultas na referida unidade ($\bar{x}=4,47$).

Como fragilidades nesse atributo, tem-se o número de vezes que o doente procurou por atendimento até conseguir o diagnóstico, com média de 3,06, o que significa que para conseguir o diagnóstico, o doente teve que comparecer pelo menos três vezes ao sistema de saúde. Destaca-se que os serviços mais frequentemente visitados pelos doentes foram as APSs ($\bar{x}=3,50$).

Ainda, na Tabela 5, pode-se observar que esses doentes, até o diagnóstico, deixaram de trabalhar ou perderam compromisso para ir à consulta no sistema de saúde ($\bar{x}=3,10$); utilizaram algum tipo de transporte motorizado para ir até o serviço de saúde ($\bar{x}=1,35$) e gastaram dinheiro com o transporte para ir até o atendimento nos sistemas de saúde ($\bar{x}=1,21$). Verificamos que as duas últimas variáveis se apresentaram com valores bem insatisfatórios.

Nos resultados, outra dificuldade de acesso ao diagnóstico foi o prazo de consulta num período de 24 horas no serviço que confirmou o diagnóstico de MH.

TABELA 5 – Acesso ao diagnóstico dos doentes de hanseníase. Londrina, PR (2009-2012)

VARIÁVEIS DE ACESSO (n=119)	MÉDIA (±DP)	IC95%
Facilidade para atendimento inicial	3,06 (1,7)	2,74-3,38
Facilidade de deslocamento	3,84 (1,5)	3,56-4,12
Facilidade para pedir informações nos sistemas de saúde	4,31 (1,4)	4,06-4,55
Facilidade para conseguir agendar consulta nos sistemas de saúde	4,47 (1,1)	4,26-4,68
Comprometimento da agenda pessoal em razão de consultas nos sistemas de saúde	3,10 (1,7)	2,79-3,41
Acesso geográfico (necessidade de transporte motorizado) para locomoção no sistema de saúde	1,35 (1,0)	1,17-1,54
Despesa com transporte para o deslocamento até o sistema de saúde	1,21 (0,8)	1,07-1,36
Agilidade no agendamento da consulta inicial em 24 horas	1,96 (1,6)	1,67-2,24
Procura pela unidade de APS mais próxima da residência	3,50 (1,7)	3,19-3,81
Indicador composto*	2,98 (0,7)	2,84-3,11

Notas: DP: Desvio-Padrão; IC95%: intervalo de confiança de 95%.

* Composto de todos os itens do atributo acesso ao diagnóstico.

A Tabela 6 apresenta o acesso ao tratamento dos doentes de MH. Quando os itens foram avaliados individualmente, apenas três deles se mostraram satisfatórios em suas médias, sendo eles: conseguir informações por telefone e/ou pessoalmente no serviço de saúde ($\bar{x}=4,62$), marcar consultas por telefone e/ou pessoalmente no sistema de saúde ($\bar{x}=4,82$), não faltar medicamentos no curso do tratamento ($\bar{x}=4,87$).

Os demais itens foram insatisfatórios, estando eles relacionados à consulta médica num prazo de 24 horas em situações de intercorrências ($\bar{x}=2,20$), perder o dia de trabalho ($\bar{x}=2,83$), gastos com transporte para deslocamento ao serviço ($\bar{x}=1,29$), tempo de espera no sistema de saúde para consulta ($\bar{x}=2,22$), frequência de visita no domicílio ($\bar{x}=2,18$) e realizar tratamento na unidade de saúde mais próxima da residência ($\bar{x}=1,25$). Quando o atributo acesso ao tratamento é analisado de forma composta pelos itens, observa-se que esse atributo também esteve insatisfatório.

TABELA 6 – Acesso ao tratamento dos doentes de hanseníase. Londrina, PR (2009-2012)

VARIÁVEIS RELACIONADAS AO TRATAMENTO (n = 119)	MÉDIA (\pm DP)	IC95%
Facilidade para atendimento em caso de intercorrência	2,20 (1,6)	1,90-2,50
Facilidade de acesso à informação sobre o tratamento	4,62 (1,0)	4,43-4,81
Facilidade para agendar consultas	4,82 (0,7)	4,69-4,96
Comprometimento da agenda pessoal em razão do tratamento e consulta	2,83 (1,7)	2,52-3,14
Acesso geográfico ao tratamento e consulta	1,32 (0,9)	1,15-1,49
Despesa com transporte para tratamento e consulta	1,29 (0,9)	1,13-1,45
Disponibilidade da medicação	4,87 (0,5)	4,79-4,86
Tempo de espera para consulta	2,22 (1,4)	1,95-2,48
Frequência de visita domiciliar	2,18 (1,3)	1,94-2,43
Realiza tratamento na unidade de APS mais próxima da residência	1,25 (0,9)	1,09-1,41
Indicador composto*	2,97 (0,4)	2,89-3,06

Notas: DP: Desvio-Padrão; IC95%: intervalo de confiança de 95%.

*Composto de todos os itens do atributo acesso ao tratamento.

A Tabela 7 expressa os indicadores relacionados ao vínculo. Na referida tabela, identificamos que as variáveis satisfatórias foram os doentes

atendidos pelo mesmo profissional ($\bar{x}=4,69$), esclarecimento de dúvidas com o mesmo profissional ($\bar{x}=4,74$); profissional entende os questionamentos dos doentes ($\bar{x}=4,85$); tempo suficiente para que o doente fale de suas dúvidas ou preocupações ($\bar{x}=4,78$). Outras variáveis também foram satisfatórias, como pode ser observado na Tabela 7, todavia, o item suporte social ofertado pela equipe ocupou valores insatisfatórios ($\bar{x}=1,13$) e o diálogo entre a equipe e doentes de MH sobre outros problemas de saúde não tem ocorrido com frequência nos sistemas de saúde investigados ($\bar{x}=2,55$). Quando o atributo vínculo é analisado de forma composta pelos itens, observa-se que esse atributo é satisfatório.

TABELA 7 – O vínculo dos doentes de hanseníase com os serviços de saúde. Londrina, PR (2009-2012)

VARIÁVEIS DE VÍNCULO (n = 119)	MÉDIA (\pm DP)	IC95%
Ser atendido pelo mesmo profissional	4,69 (0,7)	4,58-4,82
Acesso ao profissional que realiza o atendimento para resolução de dúvidas	4,74 (0,7)	4,61-4,87
Entendimento das dúvidas apresentadas	4,85 (0,5)	4,75-4,95
Conversa sobre outros problemas de saúde	2,55 (1,7)	2,23-2,86
Tempo para apresentação de dúvidas e preocupações dos doentes	4,78 (0,8)	4,64-4,92
Clareza ao responder dúvidas dos doentes	4,75 (0,8)	4,61-4,89
Registro de queixas dos pacientes em prontuário	4,83 (0,8)	4,69-4,97
Orientações quanto ao tratamento	3,59 (1,5)	3,32-3,85
Verificação de outras medicações utilizadas	3,83 (1,5)	3,55-4,11
Suporte social (cesta básica, vale-transporte, vale-refeição, entre outros benefícios)	1,13 (0,3)	1,07-1,19
Opinião sobre a equipe que presta atendimento	4,64 (0,6)	4,52-4,75
Indicador composto*	4,04 (0,5)	3,95-4,12

Notas: DP: Desvio-Padrão; IC95%: intervalo de confiança de 95%.

*Composto de todos os itens do atributo vínculo.

A Tabela 8 aponta elenco de serviços ofertados pelos sistemas de saúde, em que os doentes estão em seguimento. Dentre os itens avaliados nesse atributo, alcançaram níveis satisfatórios a entrega da poliquimioterapia, ($\bar{x}=4,95$); consulta mensal de controle para o tratamento da MH ($\bar{x}=4,08$) e tratamento supervisionado ($\bar{x}=4,61$).

No entanto, quando consideradas as tecnologias para o diagnóstico e acompanhamento dos doentes de MH, constataram-se fragilidades do serviço na oferta de BCG ($\bar{x}=2,82$), teste de Mitsuda ($\bar{x}=2,82$), baciloscopia ($\bar{x}=2,60$) e revisão dermatoneurológica ($\bar{x}=3,49$). Essas tecnologias são fornecidas esporadicamente pelas equipes de saúde. Os benefícios sociais também não são oferecidos pelos sistemas de saúde e a visita domiciliar não tem sido priorizada pelas equipes para o controle de comunicantes.

No tocante às ações de alcance coletivo, os resultados revelaram que os sistemas de saúde não têm oportunizado encontros com a comunidade e família para discutir a questão da MH nos territórios, seja através de grupos ou outras metodologias de trabalho ($\bar{x}=1,34$). Quando o atributo elenco de serviços é analisado de forma composta pelos itens, observamos que esse atributo também se revelou insatisfatório.

TABELA 8 – Elenco de serviços ofertados pelas equipes de saúde para o diagnóstico e acompanhamento dos doentes de hanseníase. Londrina, PR (2009-2012)

ELENCO DE SERVIÇOS (n = 119)	Média (\pm DP)	IC95%
Entrega da poliquimioterapia	4,95 (0,4)	4,88-5,02
Exame/revisão dermatoneurológica	3,49 (1,1)	3,28-3,69
Baciloscopia	2,60 (1,2)	2,39-2,82
Biópsia da lesão/mancha	2,34 (1,2)	2,13-2,56
Aplicação de BCG	2,82 (1,8)	2,50-3,14
Teste de Mitsuda	2,82 (1,3)	2,59-3,06
Consulta mensal	4,08 (1,1)	3,87-4,29
Cesta básica ou vale-alimentação	1,21 (1,8)	1,07-1,35
Vale-transporte	1,32 (0,9)	1,15-1,49
Informação sobre a hanseníase e seu tratamento	3,43 (1,3)	3,19-3,67
Educação em saúde	1,85 (1,3)	1,61-2,09
Visitas domiciliares durante o tratamento	2,16 (1,3)	1,92-2,40
Visitas domiciliares por outros motivos além da hanseníase	1,91 (1,3)	1,67-2,14
Participação em grupos de doentes de hanseníase	1,34 (0,8)	1,19-1,49
Tratamento supervisionado	4,61 (1,1)	4,41-4,81
Indicador composto*	2,73 (0,5)	2,64-2,82

Notas: DP: Desvio-Padrão; IC95%: intervalo de confiança de 95%.

*Composto de todos os itens do atributo elenco de serviços.

A Tabela 9 apresenta os itens relacionados à coordenação do cuidado dos doentes de MH. Na referida tabela, observamos que a maioria dos itens ocupou padrões de resposta entre regulares e satisfatórios, como uso de prontuários durante as consultas (\bar{x} =4,59), comunicação do agendamento de retorno (\bar{x} =4,39), regulação para outras especialidades alocadas no mesmo sistema de saúde (\bar{x} =4,10) e também orientação do doente quanto à regulação.

Alguns itens da coordenação, entretanto, alcançaram resultados insatisfatórios, como a contrarreferência para a APS ($\bar{x}=1,78$) e também a comunicação entre os especialistas para discussão clínica dos doentes de MH ($\bar{x}=1,53$). Os resultados mostram, ainda, que os profissionais que acompanham os doentes de MH não levantam informações sobre a qualidade do atendimento ($\bar{x}=1,58$).

TABELA 9 – Coordenação do cuidado dos doentes de hanseníase. Londrina, PR (2009-2012)

VARIÁVEIS RELACIONADAS À COORDENAÇÃO (n = 119)	MÉDIA (\pm DP)	IC95%
Utilização do prontuário durante consultas	4,59 (1,0)	4,41-4,78
Disponibilidade dos resultados dos exames	4,53 (1,1)	4,34-4,72
Comunicação do agendamento de retorno	4,39 (1,3)	4,15-4,62
Encaminhamento para especialista (se necessário)	4,10 (1,4)	3,85-4,35
O encaminhamento para outros serviços é discutido, ou indicado, com o doente	4,15 (1,3)	3,91-4,39
Auxílio para agendamento de consulta com especialista	4,49 (1,1)	4,29-4,70
Emissão de confirmação de agendamento com especialista	4,45 (1,2)	4,23-4,68
Processo de referência	3,29 (1,7)	2,98-3,61
Processo de contrarreferência	1,78 (1,4)	1,53-2,04
Discussão dos resultados do atendimento do especialista por parte do profissional que encaminhou	1,53 (1,3)	1,29-1,76
Profissional que encaminhou se preocupa se o doente foi bem atendido pelo especialista	1,58 (1,3)	1,35-1,81
Indicador composto*	3,54 (0,7)	3,41-3,66

Notas: DP: Desvio- Padrão; IC95%: intervalo de confiança de 95%.

*Composto de todos os itens do atributo coordenação.

Na Tabela 10 apresentam-se os itens relacionados à participação da família no tratamento dos doentes de MH. Nesta tabela, observamos que a maioria das variáveis está insatisfatória, sendo elas: vigilância dos contatos intradomiciliares ($\bar{x}=2,20$), orientações para a família sobre a doença ($\bar{x}=1,81$) e o tratamento ($\bar{x}=1,76$) e orientações para a família sobre outros problemas de saúde ($\bar{x}=1,55$). Alguns itens ocuparam valores regulares, como levantamento das condições de vida ($\bar{x}=3,07$), aplicação de BCG nos contatos domiciliares ($\bar{x}=3,21$) e conhecimento das famílias pelos profissionais de saúde ($\bar{x}= 3,86$). No que tange ao indicador composto, observam-se valores insatisfatórios quanto à participação da família.

TABELA 10 – Participação da família no tratamento dos doentes de hanseníase. Londrina, PR (2009-2012)

PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA (n=119)	MÉDIA (\pmDP)	IC95%
Verificação das condições de vida e da família pelo profissional de saúde	3,07 (1,8)	2,73-3,40
Busca saber sobre a situação de saúde da família	2,39 (1,5)	2,12-2,66
Verificação de lesão de pele na família	2,39 (1,3)	2,14-2,63
Vigilância dos contatos intradomiciliares	2,20 (1,3)	1,96-2,44
BCG nos contatos intradomiciliares após diagnóstico	3,21 (1,9)	2,87-3,55
Os profissionais de saúde conhecem a família	3,86 (1,6)	3,56-4,15
Há orientação familiar sobre a doença	1,81 (1,2)	1,59-2,03
Há orientação familiar sobre o tratamento	1,76 (1,1)	1,56-1,97
Os profissionais de saúde conversam sobre outros problemas de saúde com a família	1,55 (1,1)	1,35-1,74
Indicador composto*	2,47 (0,9)	2,30-2,64

Notas: DP: Desvio-Padrão; IC95%: intervalo de confiança de 95%.

*Composto de todos os itens do atributo participação da família.

No tocante à orientação das ações em saúde, pelas comunidades afetadas pela MH, a Tabela 11 revela que apenas um indicador alcançou valores

regulares e todos os demais valores foram insatisfatórios. As ações de alcance coletivo como propagandas e campanhas sobre a MH ($\bar{x}=2,26$) e busca ativa de casos nas comunidades ($\bar{x}=1,31$) não são priorizadas pelos sistemas de saúde. O indicador composto desse atributo esteve bem aquém dos demais, alcançando, também, resultados insatisfatórios.

TABELA 11 – Orientação das ações em saúde pelas comunidades afetadas pela hanseníase. Londrina, PR (2009-2012)

VARIÁVEIS DE ORIENTAÇÃO (n=119)	MÉDIA (\pm DP)	IC95%
Investigação junto às famílias do impacto das ações e sistemas de saúde no tocante à resolução de problemas	3,39 (1,3)	3,15-3,62
Propagandas e campanhas sobre hanseníase	2,26 (1,4)	1,99-2,52
Campanhas para exame dermatoneurológico	1,25 (0,8)	1,11-1,39
Ações de orientação e/ou rastreamento da hanseníase na comunidade	1,31 (0,9)	1,15-1,47
Inclusão da comunidade nas discussões sobre hanseníase	1,11 (0,5)	1,01-1,20
Indicador composto*	1,86 (0,6)	1,76-1,97

Notas: DP: Desvio-Padrão; IC95%: intervalo de confiança de 95%.

*Composto de todos os itens do atributo orientações para a comunidade.

A Tabela 12 exprime os indicadores concernentes à percepção do usuário em relação ao profissional de saúde. Na Tabela, observamos que a maioria dos indicadores é satisfatória, três itens apenas alcançaram valores regulares, que se referem à disponibilidade do profissional para o atendimento ao doente em dias úteis ($\bar{x}=3,69$), recomendação do serviço prestado ($\bar{x}= 3,95$) e percepção do usuário sobre a resolubilidade das ações prestadas pelos sistemas de saúde ($\bar{x}=3,49$).

No tocante ao indicador composto, observamos que esse atributo está bem acima dos demais investigados.

TABELA 12 – Percepção do usuário em relação ao profissional de saúde para atendimento aos doentes de hanseníase. Londrina, PR (2009-2012)

PERCEPÇÃO DO USUÁRIO (n = 119)	MÉDIA (\pm DP)	IC95%
Disponibilidade de profissional para atendimento em dias úteis	3,69 (1,3)	3,45-3,92
Recomendação do serviço prestado	3,95 (1,5)	3,67-4,23
Percepção do usuário sobre a resolubilidade	3,49 (1,3)	3,26-3,76
Ajuda dos profissionais	4,92 (0,3)	4,86-4,98
Relacionamento dos profissionais de saúde com a comunidade	4,39 (1,0)	4,20-4,57
Acolhimento do usuário por parte dos profissionais de saúde	4,76 (0,8)	4,61-4,91
Deseja mudar de local de atendimento em decorrência dos profissionais	4,31 (1,3)	4,08-4,54
Indicador composto	4,22 (0,7)	4,09-4,34

Notas: DP: Desvio-Padrão; IC95%: intervalo de confiança de 95%.

*Composto de todos os itens do atributo relação profissional e paciente de hanseníase.

A Tabela 13 apresenta os atributos de desempenho dos sistemas de saúde em relação à idade dos doentes de MH. A partir da Análise de Variância (ANOVA) ou do teste Kruskal-Wallis não se observou qualquer diferença com significância estatística entre os grupos investigados.

TABELA 13 – Atributos dos sistemas de saúde em relação à idade dos doentes de hanseníase. Londrina, PR (2009-2012)

ATRIBUTOS (n = 119)	GRUPO 1		GRUPO 2		GRUPO 3		p valor
	< 42 ANOS (n = 29)	42 — 65 ANOS (n = 64)	> 65 ANOS (n = 26)	(n			
	\bar{x} (\pm DP)	IC95%	\bar{x} (\pm DP)	IC95%	\bar{x} (\pm DP)	IC95%	
Porta de entrada	2,81 (0,7)	2,54-3,08	2,79 (0,7)	2,62-2,97	2,90 (0,7)	2,64-3,17	0,80
Acesso ao diagnóstico	3,16 (0,7)	2,90-3,41	2,93 (0,8)	2,73-3,13	2,89 (0,5)	2,69-3,10	0,31
Acesso ao tratamento	2,94 (0,4)	2,79-3,09	2,98 (0,5)	2,86-3,09	2,99 (0,5)	2,79-3,18	0,92
Vínculo	4,05 (0,5)	3,87-4,23	4,04 (0,5)	3,92-4,16	4,01 (0,5)	3,82-4,19	0,93
Elenco de serviços de saúde	2,72 (0,4)	2,58-2,85	2,75 (0,5)	2,62-2,87	2,69 (0,6)	2,45-2,93	0,88
Coordenação do cuidado	3,52 (0,8)	3,24-3,81	3,54 (0,7)	3,36-3,72	3,53 (0,7)	3,29-3,78	0,85
Enfoque na família	2,54 (0,9)	2,18-2,89	2,41 (0,9)	2,19-2,63	2,54 (1,0)	2,11-2,97	0,77
Orientação para a comunidade	1,88 (0,7)	1,63-2,14	1,85 (0,6)	1,70-1,99	1,88 (0,5)	1,69-2,07	0,96
Percepção do usuário	4,05 (0,7)	3,79-4,30	4,24 (0,7)	4,05-4,42	4,35 (0,6)	4,12-4,59	0,18

Notas: \bar{x} : média; DP: Desvio-Padrão; IC95%: intervalo de confiança de 95%.

Na Tabela 14 apresentam-se os atributos de desempenho dos serviços de saúde em relação à renda dos doentes de MH. Quando aplicado o teste ANOVA, pôde-se constatar que o grupo 3, de maior renda, teve indicadores mais insatisfatórios de porta de entrada, quando comparado aos grupos 1 e 2, sendo essa diferença estatisticamente significativa ($p=0,002$). Outra diferença com significância estatística ($p=0,03$), também foi observada no acesso ao diagnóstico, em que os grupos com maior renda (Grupos 2 e 3) tiveram indicadores mais elevados quando comparados ao grupo com renda inferior (<R\$800,00).

No tocante ao elenco de serviços, também se identificou diferença com significância estatística ($p=0,03$) entre os grupos, em que os grupos de menor renda (Grupos 1 e 2) tendem a ter indicadores de elenco mais elevados quando comparados ao grupo 3.

TABELA 14 – Atributos dos sistemas de saúde em relação à renda dos doentes de hanseníase. Londrina, PR (2009-2012)

ATRIBUTOS (n = 119)	GRUPO 1		GRUPO 2		GRUPO 3		p valor
	<R\$ 800 = 17)	(n	R\$800 — R\$2.200 (n = 73)		> R\$2.200 = 29)	(n	
	\bar{x} (\pm DP)	IC95%	\bar{x} (\pm DP)	IC95%	\bar{x} (\pm DP)	IC95%	
Porta de entrada	2,91 (0,7)	2,56-3,26	2,96 (0,6)	2,81-3,10	2,43 (0,7)	2,15-2,71	<0,002**
Acesso ao diagnóstico	2,59 (0,6)	2,28-2,89	3,09 (0,8)	2,92-3,27	2,91 (0,6)	2,68-3,15	0,03**
Acesso ao tratamento	2,73 (0,4)	2,51-2,96	3,03 (0,5)	2,92-3,14	2,97 (0,4)	2,80-3,12	0,06
Vínculo	4,00 (0,5)	3,77-4,24	4,09 (0,4)	4,00-4,19	3,89 (0,6)	3,66-4,11	0,13
Elenco de serviços de saúde	2,84 (0,6)	2,55-3,14	2,78 (0,5)	2,67-2,90	2,52 (0,3)	2,39-2,65	0,03**
Coordenação do cuidado	3,47 (0,6)	3,15-3,79	3,61 (0,7)	3,44-3,78	3,39 (0,6)	3,14-3,63	0,33
Enfoque na família	2,54 (0,9)	2,08-3,00	2,54 (1,0)	2,32-2,77	2,24 (0,8)	1,93-2,56	0,33
Orientação para a comunidade	1,76 (0,5)	1,49-2,03	1,89 (0,6)	1,75-2,04	1,84 (0,5)	1,67-2,01	0,68
Percepção do usuário	4,21 (0,8)	3,82-4,59	4,21 (0,7)	4,05-4,38	4,23 (0,7)	3,97-4,50	0,99

Notas: \bar{x} : média; DP: Desvio-Padrão; IC95%: intervalo de confiança de 95%.

No Quadro 3, são apresentadas as contribuições de cada variável para as duas primeiras dimensões selecionadas para o estudo, considerando a sua inércia, sendo observadas nas categorias de respostas (0-3)=insatisfatório, (3-4)=regular e (4-5)=satisfatório. A aplicação da análise de correspondência múltipla nesse quadro gerou a Figura 3, que mostra o

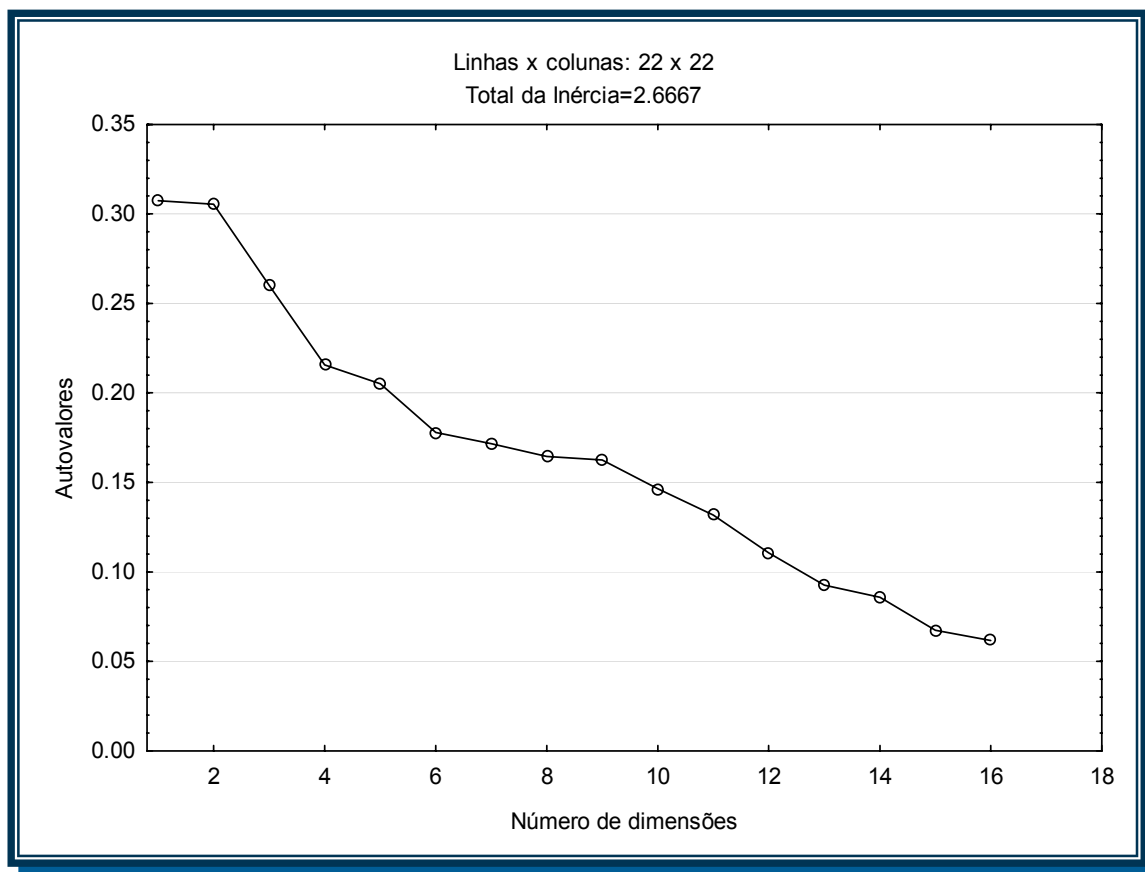
decréscimo dos valores próprios, pouco significativos, privilegiando-se apenas as dimensões 1 e 2 com valores próprios de 0,307 e 0,306.

VARIÁVEIS E CATEGORIA	INÉRCIA (DIM.1)	INÉRCIA (DIM.2)	DIMENSÕES
V1:1	0.004	0.121	2
V1:2	0.000	0.031	2
V1:3	0.007	0.008	-
V2:1	0.014	0.106	-
V2:2	0.089	0.000	1
V2:3	0.146	0.054	1
V3:1	0.009	0.024	-
V3:2	0.028	0.014	-
V3:3	0.058	0.027	1
V3:4	0.058	0.089	2
V4:1	0.015	0.070	2
V4:2	0.029	0.135	2
V4:3	0.006	0.035	-
V4:4	0.070	0.039	1
V4:5	0.086	0.001	1
V5:2	0.060	0.001	1
V5:3	0.044	0.002	-
V5:4	0.037	0.004	-
V5:5	0.026	0.003	-
V6:2	0.032	0.208	2
V6:3	0.012	0.026	-
V6:4	0.168	0.001	1

QUADRO 3 – Contribuição das variáveis para a inércia das dimensões 1 e 2.

De acordo com a Figura 2, pode-se verificar que a primeira dimensão é ligeiramente mais importante que a segunda, porém, pode-se observar também que a importância de ambas as dimensões é relativamente

equilibrada, de acordo com os respectivos autovalores exibidos na legenda da Figura.

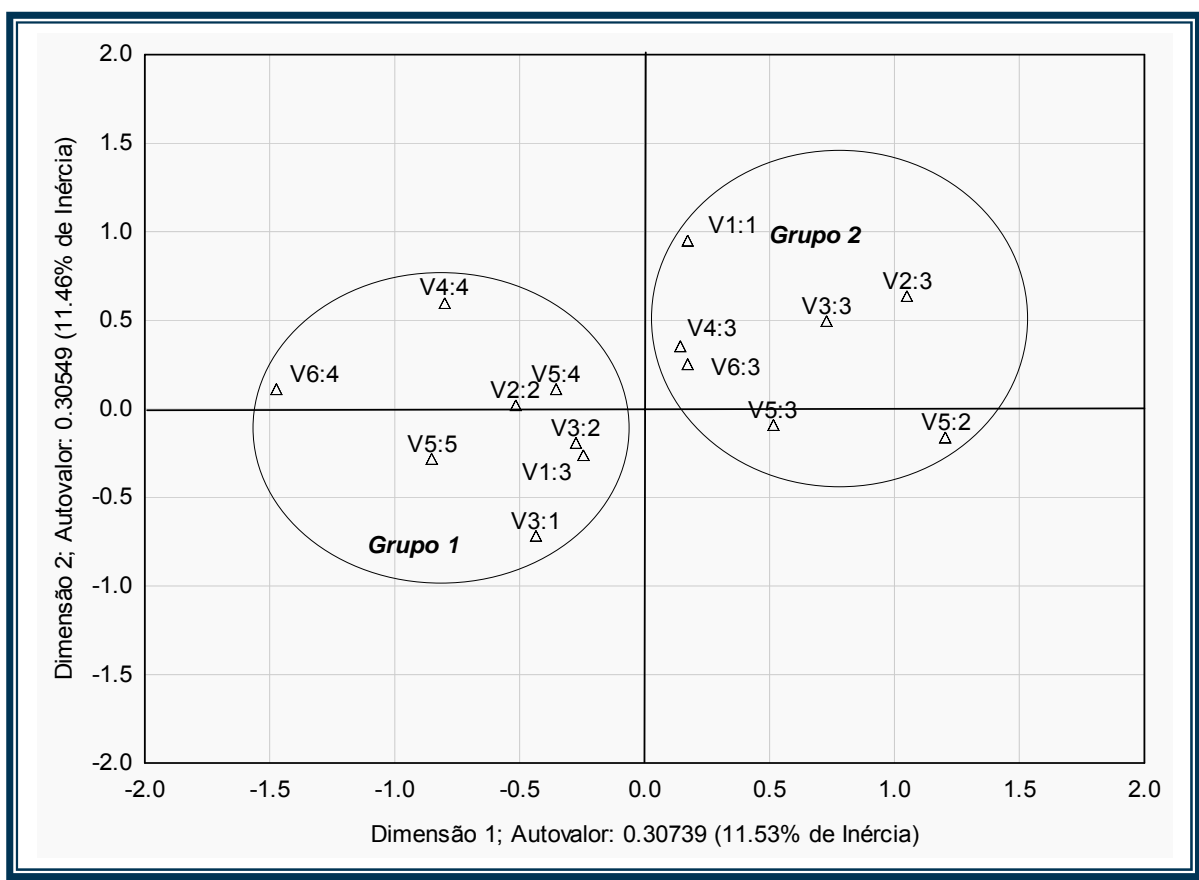


DIM	VALORES SINGULARES	AUTOVALORES	PERC. DA INÉRCIA	PORCENTAGEM ACUMULATIVA	QUI-QUADRADO
1	0.554427	0.307389	11.5	11.5	263.6682
2	0.552711	0.305490	11.5	23.0	262.0391

FIGURA 2 — Decréscimo dos valores próprios. Londrina, PR (2009-2012)

Com a análise de correspondência, obteve-se o mapa perceptual da figura 3. Constatou-se na referida figura, que as variáveis que mais se distanciam das origens são as que apresentam mais capacidade discriminativa em relação aos grupos. No mapa, é possível verificar que quanto mais próximas as variáveis estão no plano mais associadas elas são e, se distantes, não há associação.

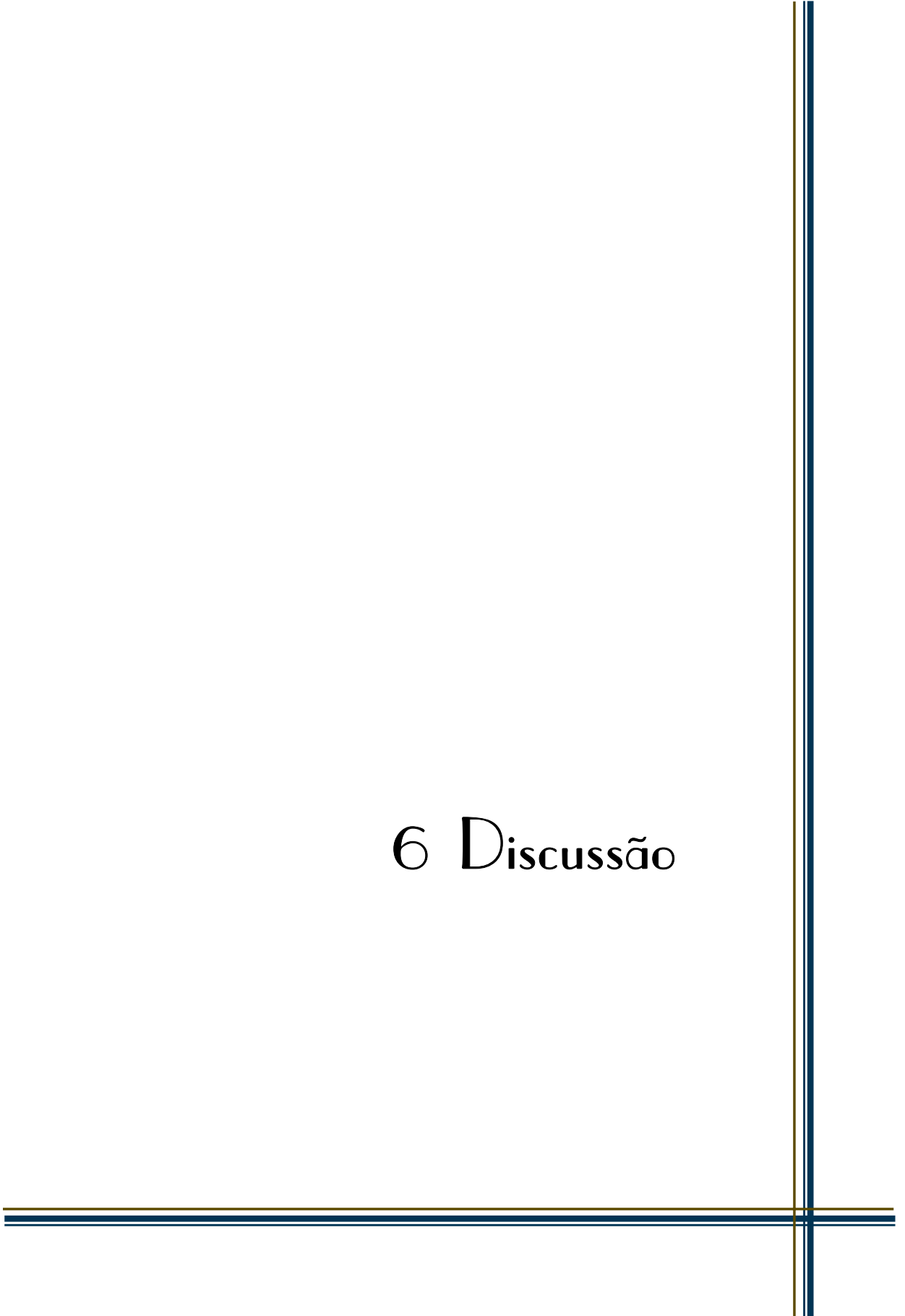
Na figura, constatou-se que as duas dimensões explicam 23% da variabilidade dos dados e, ainda, que dois grupos de variáveis foram formados nas análises. O primeiro grupo está definido pelas variáveis idade acima de 65 anos; sem escolaridade ou ensino fundamental e renda entre R\$800,00 e R\$1.200,00; porta de entrada, acesso ao diagnóstico e tratamento em níveis satisfatórios. O grupo 2 está definido pelas variáveis idade abaixo de 42 anos; ensino médio, renda acima de R\$2.200,00; porta de entrada, acesso ao diagnóstico e tratamento em níveis regulares. Por assim dizer, os grupos com maior renda, escolaridade e mais jovens avaliaram o acesso à atenção à MH em níveis regulares, enquanto que os de menor renda, escolaridade e maior renda, como acesso satisfatório.



Grupo 1 (G1)	V1:3 Idade acima de 65 anos; V2:2 Renda entre 800,00 e 2.200,00 reais; V3:1 Sem escolaridade; V3:2 Ensino fundamental; V5:4 Porta de entrada – Satisfatório; V5:5 Porta de Entrada-Satisfatório; V4:4 Acesso ao diagnóstico - Satisfatório; V6:4 - Acesso ao tratamento – Satisfatório
Grupo 2 (G2)	V1:1 Idade abaixo de 42 anos; V2:3 Renda acima de 2.200,00 reais; V3:3 Ensino médio; V5:2 Porta de entrada Insatisfatório; V5:3 Porta de entrada Regular; V4:3 Acesso ao diagnóstico Regular; V6:3 Acesso ao Tratamento Regular.

FIGURA 3 – Mapa perceptual – porta de entrada, acesso ao diagnóstico e tratamento de hanseníase considerando a idade, renda e escolaridade dos doentes. Londrina, PR (2009-2012)

6 Discussão



As características sociodemográficas dos participantes do estudo são semelhantes aos resultados encontrados na pesquisa de Hacker et al., (2011), relativas à inexistência de não diferença entre os gêneros, com discreta predominância do sexo masculino. Todavia, outras investigações apontaram predominância do agravo em pessoas do sexo masculino (BARRO, 2004; CASTRO et al., 2009; CURTO; BARBOZA; PASCHOAL, 2007; GONÇALVES; SAMPAIO; ANTUNES, 2009; NSAGHA; BAMGBOYE; OYEDIRAN, 2009; OLIVEIRA et al., 2007; OLIVEIRA; MACEDO, 2012; SOUSA et al., 2012). Nos estudos de Montenegro; Molina e Zandonade (2011), Savassi et al., (2009), verificam-se resultados divergentes sobre a predominância da doença em sujeitos do sexo feminino.

Os achados da investigação também confirmam o perfil de doentes descritos na literatura como de maior idade, com baixa escolaridade, situação conjugal estável, residência própria, com atividade econômica não formal e número de residentes no domicílio acima de três pessoas (ANTUNES, 2009; BARRO, 2004; CASTRO et al., 2009; CURTO; BARBOZA; PASCHOAL, 2007; DESSUNTI et al., 2008; GONÇALVES et al., 2009; HACKER et al., 2011; MONTENEGRO; MOLINA; ZANDONADE, 2011; OLIVEIRA et al., 2007; OLIVEIRA; MACEDO, 2012; SAVASSI et al., 2009; SOUSA et al., 2012).

Alguns estudos têm mostrado aumento do número de pessoas acometidas com idade menor que 15 anos (BARRO, 2004; CURTO; BARBOZA; PASCHOAL, 2007; HACKER et al., 2011; MONTENEGRO; MOLINA; ZANDONADE, 2011; NSAGHA; BAMGBOYE; OYEDIRAN, 2009; SAVASSI et al., 2009; SHETTY et al., 2013; SOUSA et al., 2012), todavia, a média de idade dos participantes deste estudo foi de 42 anos. Dados recentes, publicados pelo MS em 2012, apontam taxa de detecção de 7% em menores de 15 anos (BRASIL, 2013), o que não foi confirmado pelo estudo, que acusou uma taxa menor, de 1,7%.

Embora os números encontrados neste estudo sejam bem menores que a média nacional, é importante intensificar as ações de vigilância em saúde (WHO, 2010), com vistas ao diagnóstico precoce, porque se os sujeitos

estão apresentando a doença com 15 anos e pelo fato de a incubação ser um período relativamente longo há indícios de que esses jovens tenham contraído a doença ainda na primeira infância (CHIN, 2002).

O estudo revelou que o *status* de saúde tem relação com a idade dos participantes, verificando que os mais jovens estavam com escores mais elevados quando comparados aos mais velhos. Todavia, esse resultado não foi observado na literatura científica. Foram encontrados somente estudos que investigaram a relação da qualidade de vida em relação às formas clínicas da doença, grau de incapacidade, episódios reacionais e doenças crônicas (LANA; CARVALHO; DAVI, 2011; MARTINS; TORRES; OLIVEIRA, 2008; RODINI et al., 2010).

Encontrou-se também, outro estudo conduzido por Lustosa et al. (2011) que apontou associação dos fatores socioeconômicos à qualidade de vida. A situação social mais desfavorecida em alguns indivíduos tende a impactar negativamente a sua saúde. A satisfação do usuário também é outro atributo influenciado pelas questões sociodemográficas, principalmente sexo, renda e escolaridade. Prado et al. (2011), corroborando esses achados, também identificaram associação estatisticamente significativa entre a capacidade funcional e o grau de incapacidade dos doentes.

No que se refere à porta de entrada para os doentes de MH, observamos que, apesar de o município investigado apresentar uma cobertura de ESF acima de 50%, isso não tem contribuído para que a APS seja a porta de entrada dos doentes no sistema de saúde. Constatou-se que eles procuram as unidades mais próximas de sua residência, mas não foi nelas, que eles foram diagnosticados, tais resultados também foram encontrados por Arantes et al., (2010).

O estudo de Lanza e Lana (2011) revelou os nós críticos da descentralização da atenção à hanseníase para a APS, em que os autores elucidaram por meio de um estudo qualitativo, situações de falta de política de acolhimento e vínculo da APS com os doentes de MH. Todavia, esses autores

reconhecem na descentralização uma possibilidade de fortalecimento dos sistemas de saúde e, assim, um caminho rumo à eliminação da MH.

Mendes et al. (2008), enfatizam que a descentralização deve facilitar o acesso dos doentes ao diagnóstico e tratamento. Um estudo realizado em São José do Rio Preto mostrou que a descentralização colaborou para o aumento geral de detecção dos casos de MH, durante os anos subsequentes à implantação do programa de controle de eliminação da MH na APS, contudo, há aspectos a serem superados (RAPOSO; NEMES, 2012) em termos de capacidade instalada e da própria política institucional de programação e oferta das ações (OPAS, 2007).

A OPAS (2007), realizando uma avaliação da APS nas Américas, identificou a sua potencialidade, considerando que a mesma representa uma fonte de inspiração e esperança não somente para os profissionais dos sistemas de saúde, mas, também, para a comunidade em geral. Segundo o documento, ela representa um dos componentes fundamentais para um sistema de saúde equitativo, resolutivo e justo, mas precisa ser renovada e revitalizada na América Latina. Um dos mecanismos propostos para a renovação e assim transformação dos sistemas, é que ela assuma a posição central desses sistemas e nos projetos da saúde.

Nessa linha de raciocínio, tem-se que a APS para ser resolutiva, reconhecida e ter legitimidade não pode ser o lugar onde se faz apenas promoção e prevenção no nível coletivo (necessárias mas não suficientes), nem tampouco pode estar restrita às consultas e procedimentos (por mais que se constituam como ações obrigatórias e essenciais). As dicotomias e rivalidades entre individual e coletivo, clínica e saúde pública, prevenção e cura, doença e saúde, demanda espontânea e agenda programada, efetivamente, não contribuem para a melhoria da vida real das pessoas e, às vezes, até ajudam a piorar (BRASIL, 2013). Os resultados da pesquisa evidenciam bem isso. Assim, considera-se relevante que a APS seja colocada na posição central, como coordenadora desses sistemas (RODRIGUES et al., 2012).

Em relação ao acesso ao diagnóstico e ao tratamento, quando se avalia o sistema de saúde como um todo em relação a esses atributos, percebe-se que os usuários avaliam insatisfatoriamente os mesmos. De acordo com os resultados, os doentes deixaram de trabalhar para ir às consultas médicas, tiveram gastos com transporte e apresentaram dificuldades para o agendamento de consultas iniciais e quando tiveram intercorrências com os medicamentos. Viacava et al. (2012) relacionam o acesso do usuário com a disponibilidade de recursos, ausência de obstáculos físicos e financeiros, entre outros, para a utilização dos serviços de saúde.

Castro et al. (2012) comparam, em seu estudo, a qualidade dos atributos da APS em diferentes tipos de serviço, observando menores escores no atributo acesso de primeiro contato em todos os sistemas de saúde avaliados. Para os autores, a prioridade da gestão deve estar pautada no investimento na estrutura e no processo de atenção relativos a esse atributo.

No que tange ao atributo vínculo, constataram-se valores satisfatórios para os centros de referência, os quais indicam boa relação entre os sujeitos e profissionais de saúde. Esses achados levantam importante discussão acerca da qualidade da atenção à MH em serviços especializados, que, talvez, pela instituição de protocolos ou diretrizes clínicas, conseguem desencadear ambiência favorável ao vínculo, livre da discriminação, preconceito e estigma (MARTINS; TORRES; OLIVEIRA, 2008).

Estudo mostra que as equipes especializadas tendem a promover gestão do cuidado mais direcionada às focalizadas no problema, orientando-os quanto à prevenção de incapacidades, deliberando sobre o uso de hidratantes, promovendo avaliação com maior sensibilidade (FREITAS et al., 2008).

Quando se analisa o atributo elenco de serviços, constata-se que a oferta de algumas tecnologias para o diagnóstico e acompanhamento dos casos são restritas, como a oferta de BCG, teste Mitsuda, baciloscopia e revisão dermatoneurológica. Os benefícios sociais são escassos e a visita domiciliar não tem sido priorizada pelas equipes para o controle de comunicantes.

No tocante às ações de alcance coletivo, os resultados revelaram que os sistemas de saúde não têm oportunizado encontros com a comunidade e a família para discutir a questão da MH nos territórios, seja por meio de grupos ou outras metodologias de trabalho. O PCH preconiza várias ações fundamentais para o controle da doença, dentre elas a prevenção e redução de danos físicos e a educação em saúde, sendo a sua programação de responsabilidade de todos os níveis de atenção (SOBRINHO et al., 2007). Segundo Lanza e Lana (2011), as atividades educativas realizadas pelos profissionais de saúde devem se tornar rotina nos serviços, a fim de disseminar informações apropriadas e levar à sensibilização da comunidade quanto ao problema da hanseníase.

Ademais, o sucesso da estratégia de eliminação da doença consiste em equipar o sistema de saúde e, mais ainda, preparar os profissionais para transformar o quadro epidemiológico dessa doença no país, proporcionando-lhes uma formação/educação em que se possa interagir a teoria e a prática, e tomar este processo como um instrumento metodológico para mudanças de práticas (NODORI; OLEA; DORION, 2013; SOBRINHO et al., 2007).

Os resultados revelaram fragilidades no tocante à coordenação do cuidado, especialmente no que se refere à contrarreferência e à articulação com outros sistemas de saúde ou especialidades para a gestão do caso. Esses achados corroboram outros estudos que têm colocado em evidência os sistemas de saúde fragmentados (MENDES, 2011; RODRIGUES, 2009; SILVA, 2010; VIACAVA et al., 2012). Os referidos sistemas são insuficientes diante de uma nova realidade e demanda social. Os resultados produzidos por sistemas fragmentados são alarmantes, como o número de internações evitáveis, sequelas, incapacidades e até óbitos.

No Brasil, ainda há poucos sistemas que conseguiram avançar em termos de sistemas integrados em saúde ou Redes de Atenção à Saúde (RAS) coordenadas pela APS (RODRIGUES et al., 2012).

Outro atributo que avaliamos no estudo se refere à participação da família na produção do cuidado aos doentes de hanseníase, em que se

identificaram fragilidades relacionadas à vigilância dos contatos intradomiciliares, orientações para a família sobre a doença e tratamento, esclarecimento de outros problemas de saúde e aplicação de BCG nos contatos domiciliares. A figura da família é importante, pois ela atua como uma rede de apoio e contribui para o equilíbrio físico e mental do indivíduo (NUNES; OLIVEIRA; VIEIRA, 2008).

Quando a família não se sente suficientemente esclarecida e se os membros da equipe de saúde são indiferentes aos seus sentimentos e necessidades, essa, ao invés de ajudar, pode provocar reações negativas no processo de cuidado prestado ao doente em que este último pode passar a rechaçar o próprio tratamento (CARNEIRO, 2008).

No tocante ao atributo orientações das ações em saúde para as comunidades afetadas pela doença, observa-se que também esse atributo alcançou níveis insatisfatórios. Os achados permitem levantar algumas reflexões. Primeiro sobre o senso comum de que educar em saúde é informar com o máximo de conteúdo o que o profissional de saúde considera importante ao doente, à família e à comunidade (SANTOS; RIBEIRO; MONTEIRO, 2012). Segundo, é importante transcender os espaços formais da lógica instituída do ensinar, numa concepção mais positivista, na qual a visão de educação em saúde é um tanto quanto reducionista, impositiva e prescritiva de comportamentos ideais, para práticas pedagógicas que permitam reflexões críticas da comunidade e possam, através desses processos, ressignificar sua própria realidade e assumir responsabilidade para com ela (JONASSEN, 1997).

Os resultados também apontaram forte relação da percepção do usuário em relação ao profissional de saúde. Nesse contexto, é de suma importância que os profissionais de saúde escutem as queixas do doente, ajustem a assistência e proponham soluções em conjunto com o mesmo, estabelecendo relação pautada no acolhimento e no vínculo. Para isso, deve-se buscar a confiança das pessoas atendidas, sua satisfação, numa relação empática e sem pré-julgamentos, pois o processo de cuidado engloba, além da competência técnica, os aspectos interpessoais e humanísticos da relação profissional/doente (DUARTE DE SÁ et al., 2007).

Quando os atributos de desempenho dos sistemas de saúde foram verificados em relação a grupos de doentes com diferentes rendas, observou-se que aqueles com maior renda avaliaram mais insatisfatoriamente a porta de entrada do que os de menor renda. Da mesma forma ocorreu com o atributo elenco de serviços. Esses resultados remetem à questão de representação social do Sistema Único de Saúde (SUS) para dados segmentos populacionais que estão em desvantagem social.

Para esses grupos, ao avaliarem o SUS, trazem, por vezes, um histórico de rejeição e abandono pelas políticas de Estado, convivendo assim com um referencial do assistencialismo e da caridade. Há certa inércia desses grupos em avaliar as ações ofertadas pelos serviços públicos, verificando tendência para avaliá-los como positivos, aqueles que nada têm, ou o pouco que lhes é oferecido pode parecer muito (SORJ; MARTUCCELLI, 2008).

O texto de Sorj e Martuccelli (2008) traz exatamente o desafio da América Latina de se instituir em um modelo de proteção social, que resgate a população em sua cidadania e no seu estado de direito. Assim, os comportamentos identificados no estudo parecem de alguma forma casar com as reflexões erigidas por Lobato e Fleury (2009) de que a interferência dos atores sociais organizados nos destinos das políticas sociais (incluindo saúde) é ainda muito frágil, fazendo com que a cidadania se enfraqueça enquanto possibilidade de construção de um sistema de saúde equitativo e democrático.

Nesse sentido, é preciso pensar o modelo de produção em saúde e quanto a população está contribuindo para a construção de um sistema universal e justo. A partir da ACM foi possível identificar grupos distintos em relação à avaliação do acesso e porta de entrada dos sistemas de saúde. Por essa técnica observou-se que dois grupos, um com maior escolaridade, renda e mais jovem, mais críticos e que avaliaram o acesso como regular, enquanto outro em condição social divergente, como satisfatório.

Esse resultado amplia a discussão de que não somente a renda explica as diferenças nas avaliações dos grupos, mas também a própria escolaridade

deles, que passam a ter senso crítico daquilo que vem sendo produzido pelos sistemas de saúde. Os mais jovens, de certa maneira, tendem a quebrar o paradigma do assistencialismo, parecendo estar investidos de senso de cidadania e conscientes dos direitos e dos recursos relativos aos sistemas de saúde.

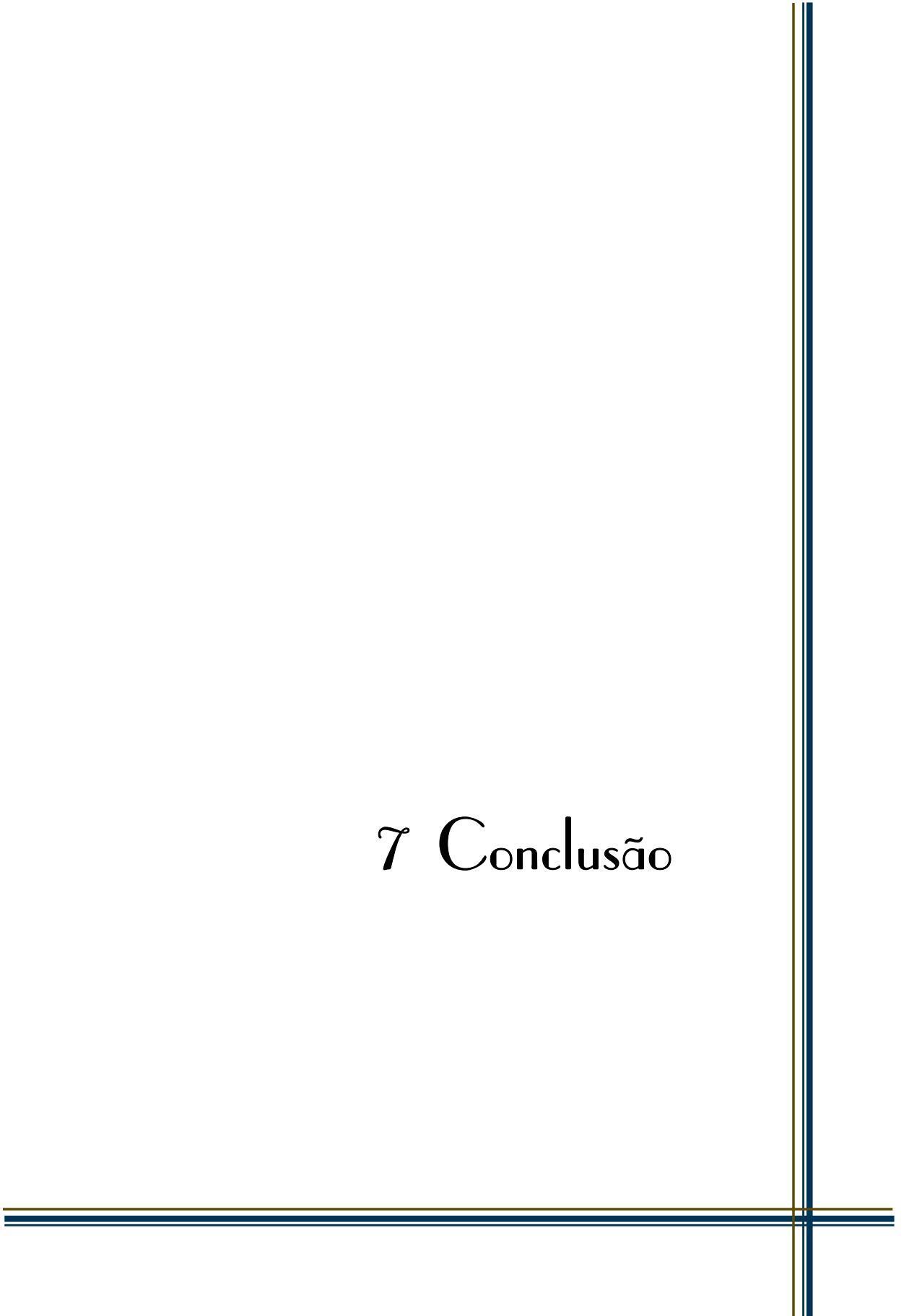
Como limitações, apresenta-se o viés da memória, em que muitos doentes poderiam não ter lembrado de fatos ou ocorrências, em decorrência do tempo que terminaram o tratamento. Como todo estudo transversal, tem o viés da causalidade reversa, muitos acontecimentos recentes, posteriores ao período de tratamento, poderiam ter influenciado a opinião dos participantes.

Há que se destacar ainda o próprio viés do uso de um instrumento validado para atenção à tuberculose que, de alguma forma, poderia estar gerando algum viés de informação. Seria interessante submeter o instrumento a um processo de validação mais rigoroso, para verificar as propriedades psicométricas do instrumento utilizado para avaliar a atenção à MH. Ademais, no estudo foram considerados somente os casos residentes na área urbana de Londrina, PR, para pesquisas futuras talvez fosse necessário incluir também os casos residentes na zona rural para avaliação da atenção aos doentes de hanseníase e se há diferenças desses grupos em relação ao acesso, vínculo, entre outros atributos.

O grande número de perdas também consistiu numa outra limitação da investigação, porque muitos não foram localizados, por mudança de residência ou pela inexistência do endereço. Esses grupos poderiam ter uma avaliação diferente dos sujeitos que estão em seguimento pelo sistema de saúde e foram localizados.

Como potencialidades destaca-se, a originalidade da investigação, não se observando outra estudo que tenha avaliado a atenção à hanseníase, considerado os atributos acesso, vínculo, coordenação, focalização na família, orientação para comunidade e interação profissional e doente. Além da contribuição para uma área de conhecimento da pesquisa, o estudo pode se revelar como importante ferramenta para os gestores na definição de políticas de saúde locais, no que tange à eliminação da hanseníase e à reorganização da RAS no município investigado.

7 Conclusão



Nesta pesquisa, a proposta foi analisar a atenção aos doentes de hanseníase em um sistema de saúde local. Para tal consideraram-se os atributos de desempenho de um sistema coordenado pela APS.

A partir dos resultados do estudo, chegou-se à conclusão de que a doença acomete indistintamente homens e mulheres e que o *status* de saúde dessas pessoas tem grande associação com a idade, pessoas com idade mais avançada tendem a atribuir menores escores à sua condição de saúde. A variável renda não se mostrou associada a essa variável.

Verificou-se que a maioria dos doentes procurou a APS quando do início dos sintomas da hanseníase, todavia, não foi essa a porta de entrada para os doentes.

O acesso ao diagnóstico e ao tratamento aos sistemas de saúde foram classificados, respectivamente, pelos doentes como insatisfatório e regular. Assim, parece que a dificuldade maior é anterior ao diagnóstico e quando acessam os sistemas de saúde, ainda assim, continuam tendo dificuldades, especialmente no que se refere aos gastos financeiros para deslocamento e cancelamento de compromissos em decorrência das consultas.

O atributo vínculo foi avaliado como satisfatório, talvez pela ambiência instituída nas unidades especializadas, mais acolhedora, livre de preconceitos e do estigma.

O elenco de serviços apresentou fragilidades no tocante à oferta de algumas tecnologias relevantes à qualidade da atenção à hanseníase como vacina de BCG, teste Mitsuda, baciloscopia e avaliação dermatoneurológico.

Na coordenação do cuidado também identificaram alguns nós críticos, especialmente no que se refere à contrarreferência e à articulação com outros sistemas de saúde ou especialidades para a gestão do caso.

A participação da família na atenção aos doentes de hanseníase, foi avaliada pelos doentes como insatisfatória, com fragilidades no tocante às ações de prevenção e promoção da saúde. As ações de enfoque coletivo não têm

sido também priorizadas, nas quais não foram identificadas ações de busca ativa ou atividades voltadas na comunidade, para mobilizar a sociedade civil em prol ao enfrentamento da hanseníase.

A partir da ACM, observaram-se dois grupos distintos em relação à avaliação do acesso e à porta de entrada dos doentes de hanseníase aos sistemas de saúde, sendo que o grupo com maior escolaridade, renda e mais jovem avaliou o acesso como regular, enquanto outro, em condição social mais desfavorável, como satisfatório.

Os resultados acenam para a necessidade de fortalecer a APS, no sentido de torná-la a principal porta de entrada para os doentes de hanseníase, garantindo desta forma acesso dos doentes, famílias e comunidade aos serviços de saúde, concebendo aqui o acesso numa perspectiva ampliada, conforme descrevemos em nosso marco teórico. Entende-se também, que a APS não pode ser somente a porta de entrada dos doentes, deve ir além, ocupar papel central nos sistemas de saúde para a coordenação do cuidado e integralidade das ações em saúde. Espera-se que as indagações erigidas no presente estudo possam fomentar novas investigações, a fim de subsidiar políticas de saúde sensíveis e dirigidas à reorganização dos sistemas de saúde e assim contribuir com a diminuição e/ou eliminação da hanseníase.

Referências



- ABDALA, V. **Setor público responde por apenas 42% dos gastos com saúde no país.** 29 jun. 2013. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/noticia/2013-06-29/setor-publico-responde-por-apenas-42-dos-gastos-com-saude-no-pais>>. Acesso em: 02 dez. 2013.
- AJAYI, I. O. et al. Assessing resources for implementing a community directed intervention (CDI) strategy in delivering multiple health interventions in urban poor communities in southwestern Nigeria: a qualitative study. **Infectious Diseases of Poverty**, London, v. 2, n. 1, p. 25, Oct. 2013.
- ALENCAR, C. H. et al. Clusters of leprosy transmission and of late diagnosis in a highly endemic area in Brazil: focus on different spatial analysis approaches. **Tropical Medicine and International Health**, Oxford, v. 17, n. 4 p. 518-525, 2012.
- ALVES, S. M. F.; FERNANDES, P. M.; REIS, E. F. Análise de correspondência como instrumento para descrição do perfil de trabalhadores da cultura de tomate de mesa em Goiás. **Ciência Rural**, Santa Maria, v. 39, n. 7, p. 2042-2049, 2009.
- ARANTES, C. K. et al. Avaliação dos serviços de saúde em relação ao diagnóstico precoce da hanseníase. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 19, n. 2, p.155-164, 2010.
- BARBOSA, J. C. et al. Olhares sobre as ações do programa de controle da hanseníase: a perspectiva dos profissionais de saúde no Brasil. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 273-292, 2008.
- BARRO, M. P. A. A. Avaliação da situação da hanseníase no município de Londrina de 1997 a 2001: aspectos epidemiológicos, operacionais e organizacionais. **Hansenologia Internationalis**, Bauru, v. 29, n. 2, p. 110-117, 2004.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. **Resolução nº 196, de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.** Brasília, DF, abr. 1997. p. 12.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária 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, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Hanseníase no Brasil: dados e indicadores selecionados**. Brasília, DF, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Situação epidemiológica da hanseníase no Brasil. **Boletim Epidemiológico**, v. 44, n. 11, 2013. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Jul/23/2013_009_boletim_hanseníase.pdf>. Acesso em: 08 nov. 2013.

CARNEIRO, T. M. Vivenciando o cuidar e o curar como familiar em um hospital. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 61, n. 3, p. 390-394, 2008.

CASTRO, R. N. C. et al. Avaliação do grau de incapacidades física de pacientes com hanseníase submetido ao Dermatology quality Life index em centro de referência e unidades básicas de saúde da São Luís, MA. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v. 7, n. 6, p. 390-392, 2009.

CASTRO, R. C. L. et al. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 9, p. 1772-1784, 2012.

CHIN, J. **Manual de controle das doenças transmissíveis**. 17. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

COSTA, V. H. M. V. et al. Programa nacional de eliminação da hanseníase: um estudo sobre a avaliabilidade do programa e das suas ações em âmbito estadual e municipal. **Revista Baiana Saúde Pública**, Salvador, v. 34, n. 3, p. 450-467, 2010.

CUNHA, M. D. et al. Os indicadores da hanseníase e as estratégias de eliminação da doença, em município endêmico do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, p. 1187-1197, 2007.

CURTO, M.; BARBOZA, D. B.; PASCHOAL, V. D. A. Avaliação da importância do diagnóstico e tratamento precoce da hanseníase em relação ao custo do tratamento. **Arquivos de Ciências da Saúde**, Umuarama, v. 14, n. 3, p. 153-160, jul.-set. 2007.

DESSUNTI, E. M. et al. A Hanseníase: o controle dos contados no município de Londrina-PR em um período de dez anos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 61, p. 689-693, 2008. Número Especial.

DONABEDIAN, A. **Aspects of medical care administration**. Boston: Harvard University Press, 1973.

DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. New York: Oxford University Press, 2003.

DUARTE DE SÁ, L. et al. Tratamento da tuberculose em unidades de saúde da Família: histórias de abandono. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 4, p. 712-718, out.-dez. 2007.

FARIAS, L. R. **Hanseníase**. Hospital Universitário Professor Alberto Antunes. 2008. Disponível em: <<http://www.hu.ufal.br/saudenamidiaconteudo.php>>. Acesso em: 20 ago. 2012.

FEKETE, M. C. Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. In: SANTANA, J. P. et al. (Orgs.). **Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do sistema único de saúde (SUS)**. Brasília, DF: OPAS/OMS, 1997. p. 114-120.

FERREIRA, A. C. et al. Conhecimentos e condutas práticas dos profissionais de saúde da atenção primária a respeito da hanseníase no Estado do Tocantins, Brasil. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 39-50, 2009.

FREITAS, C. A. S. L. et al. Consulta de enfermagem ao portador de hanseníase no território da Estratégia da Saúde da Família: percepções de enfermeiro e pacientes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 61, p. 757-763, 2008. Número Especial.

GAUTHAM, M. S. et al. Community-based needs assessment of leprosy patients in Chamrajanagar District, Karnataka, India. **Leprosy Review**, London, v. 82, n. 3, p. 286-295, 2011.

GIRÃO, R. J. et al. Leprosy treatment dropout: a systematic review. **International Archives of Medicine**, London, v. 6, n. 1, p. 34, Aug. 2013.

GONÇALVES, S. D.; SAMPAIO, R. F.; ANTUNES, C. M. F. Fatores preditivos de incapacidades em pacientes com hanseníase. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 267-274, 2009.

GONÇALVES, A.; MANTELLINI, G. G.; PADOVANI, C. R. Leprosy control: perspectives & epidemiological and operational aspects. **Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo**, São Paulo, v. 52, n. 6, p. 311-315, Nov.-Dec. 2010.

GOMIDE, M. et al. Rede social e rede básica de saúde: o papel formador da pesquisa operacional em hanseníase. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 103-114, 2009.

HACKER, M. A. V. B. et al. Pacientes em centro de referência para hanseníase: Rio de Janeiro e Duque de Caxias, 1986-2008. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 9, 2012. Disponível em:
<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=8355>.

HAIR, J. F., JR. et al. **Análise multivariada de dados**. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. **Minidicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009**: despesas, rendimentos e condições de vida. Rio de Janeiro, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades @**: o Brasil município por município. [2013]. Disponível em:
< <http://189.28.128.178/sage/>.> Acesso em: 02 nov. 2013.

JAMIESON, S. Likert scales: how to (ab)use them. **Medical Education**, Oxford, v. 38, n. 12, p. 1217-1218, Dec. 2004.

JONASSEN, D. H. Instructional design model for well-structured and ill-structured problem-solving learning outcomes. **Educational Technology: Research and Development**, v. 45, n. 1, p.65-95, 1997.

KAWUMA, H. J.; NABUKENYA-MUDIOPE, M. G. A study on inclusion of leprosy in the curricula of pre-service health training institutions in Uganda. **Leprosy Review**, London, v. 82, n. 3, p. 296-303, 2011.

LANA, F. C. F.; CARVALHO, A. P. N.; DAVI, R. F. L. Perfil epidemiológico da hanseníase na microrregião de Araçuaí e sua relação com ações de controle. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 62-67, 2011.

LANZA, F.; LANA, F. C. F. Acesso às ações de controle da hanseníase na atenção primária à saúde em uma microrregião endêmica de Minas Gerais. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 14, n. 3, p. 343-353, 2011.

LINO, C.; GOMIDE, M. Análise de redes sociais na avaliação do programa de controle de hanseníase em um município do interior do Brasil. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 32-40, 2012.

LOBATO, L. V. C.; FLEURY, S. **Seguridade Social, Cidadania e Saúde**. Rio de Janeiro. 2009. Disponível em: www.redetis.iipe.unesco.org/.../Seguridade-Social-Cidadania-e-Saude-Fleur. Acesso em 2 dez. 2013.

LUSTOSA, A. A. et al. The impact of leprosy on health-related quality of life. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v. 44, n. 5, p. 621-626, set.-out. 2011.

MARTINS, B. D. L.; TORRES, F. N.; OLIVEIRA, M. L. W. Impacto na qualidade de vida em paciente com hanseníase: correlação do dermatology life quality index com diversas variáveis relacionadas à doença. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v. 83, n. 1, p. 39-43, 2008.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: OPAS, 2011.

MENDES, E. V. **Os grandes dilemas do SUS**: tomo I. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001.

MENDES, M. S. et al. Descentralização das ações de controle da hanseníase em João Pessoa (Paraíba): a visão dos gestores. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 217-230, 2008.

MIRANZI, S. S. C. et al. Qualidade de vida e perfil sociodemográfico de médicos da estratégia de saúde da família. **RMMG**, v. 20, n. 2, p. 189-197, 2010.

MONTENEGRO, R. M. N.; MOLINA, M. C.; ZANDONADE, E. Avaliação nutricional e alimentar de pacientes portadores de hanseníase tratados em unidades de saúde da grande vitória Estado do Espírito Santo. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v. 44, n. 2, p. 228-231, 2011.

MURTO, C. et al. Motives and determinants for residence change after leprosy diagnosis, central Brazil. **Leprosy Review**, London, v. 83, p. 16-23, 2012.

NSAGHA, D. S.; BAMGBOYE, E. A.; OYEDIRAN, A. B. Operational barriers to the implementation of multidrug therapy and leprosy elimination in Cameroon. **Indian Journal of Dermatology, Venereology and Leprology**, Mumbai, v. 75, p. 469-475, 2009. Disponível em: <<http://www.ijdv.com/text.asp?2009/75/5/469/55389>>. Acesso em: 1 ago. 2012.

NUNES, J. M.; OLIVEIRA, E. N.; VIEIRA, N. F. C. Ter hanseníase: percepções de pessoas em tratamento. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 9, n. 4, p. 99-106, out.-dez. 2008.

OLIVEIRA, C. R. et al. Fatores que influenciaram a inadequação do diagnóstico e do acompanhamento dos estados reacionais em hanseníase no Estado de Rondônia, Brasil. **Hansenologia Internationalis**, Bauru, v. 32, n. 2, p. 185-196, 2007.

OLIVEIRA, F. F. L.; MACEDO, L. C. Perfil epidemiológico dos portadores de hanseníase em um município da região centro-oeste do Paraná. **SaBios: Revista de Saúde e Biologia**, Campo Mourão, v. 7, n. 1, p. 45-51, 2012.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/.../cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude>. Acesso em: 08 nov. 2013.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Sistema de Planejamento do SUS (Planeja SUS)**, 2007. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/planejaSUS_livro_1a6.pdf>. Acesso em: 02 dez. 2013.

- PENNA, M. L. F. et al. Influência do aumento do acesso à atenção básica no comportamento da taxa de detecção de hanseníase de 1980 a 2006. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v. 41, p. 6-10, 2008. Suplemento 2.
- PEREIRA, A. J. et al. Atenção básica de saúde e a assistência em Hanseníase em serviços de saúde de um município do Estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 61, p. 716-725, 2008. Número Especial.
- PINTO, R. A. et al. Perfil clínico e epidemiológico dos pacientes notificados com hanseníase em um hospital especializado em Salvador, Bahia. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 34, n. 4, p. 906-918, 2010.
- PRADO, G. D. et al. WHO disability grade does not influence physical activity in Brazilian leprosy patients. **Leprosy Review**, London, v. 82, p. 270-278, 2011.
- PROTO, R. S. et al. Qualidade de vida em hanseníase: análise comparativa entre pacientes da região Amazônica com pacientes da região do ABC, São Paulo, Brasil. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v. 85, n. 6, p. 939-941, 2010.
- RAFFE, S. F. et al. Diagnosis and treatment of leprosy reactions in integrated services--the patients' perspective in Nepal. **PLoS Neglected Tropical Diseases**, San Francisco, v. 7, n. 3, p. e2089, 2013.
- RAMOS JÚNIOR, A. N. et al. Investigações em sistemas de saúde como ferramenta para o alcance de programas de controle da hanseníase mais efetivos no Brasil. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 147-168, 2008.
- RAPOSO, M. T.; NEMES, M. I. B. Assessment of integration of the leprosy program into primary health care in Aracaju, State of Sergipe, Brazil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v. 45, n. 2, p. 203-208, 2012.
- RODINI, F. C. B. et al. Prevenção de incapacidade na hanseníase com apoio em um manual de autocuidado para pacientes. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 157-166, 2010.

- RODRIGUES, L. B. B. et al. A Atenção Primária à Saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2012. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=11415> . Acesso em: 10 nov. 2012.
- SAMPAIO, P. P. et al. Programa de controle da hanseníase no Brasil: avaliação por profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 273-287, 2009.
- SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R.M. Conceitos de acesso à saúde. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, DC, v. 31, n. 3, p. 260-268, 2012.
- SANTOS, A. K.; RIBEIRO, A. P. G.; MONTEIRO, S. Hanseníase e práticas da comunicação: estudo de recepção de materiais educativos em um serviço de saúde no Rio de Janeiro. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 16, n. 40, p. 205-18, jan.-mar. 2012.
- SAVASSI, L. C. M. et al. Influência da internação compulsória em hospitais-colônia na qualidade de vida de cuidadores e pacientes com sequelas de hanseníase. **Hansenologia Internationalis**, Bauru, v. 34, n. 2, p. 21-31, 2009.
- SHETTY, V. P. et al. Clinical, bacteriological, and histopathological characteristics of newly detected children with leprosy: a population based study in a defined rural and urban area of Maharashtra, Western India. **Indian Journal of Dermatology, Venereology, and Leprology**, Mumbai, v. 79, p. 512-517, Jul.-Aug. 2013.
- SIDDIQUI, M. R. et al. Integration of leprosy elimination into primary health care in Orissa, India. **PLoS ONE (Online)**, San Francisco, v. 4, n. 12, p. e8351, 2009. Disponível em: <http://www.plosone.org/article/related/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0008351;jsessionid=7CF1CBA18071951970CD61BB468ECE8E>. Acesso em: 15 jul. 2012.
- SILVA SOBRINHO, R. A. et al. Avaliação do grau de incapacidade em hanseníase: uma estratégia para sensibilização e capacitação da equipe de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 6, 2007.
- SILVA SOBRINHO, R. A.; MATHIAS, T. A. F.; LINCOLN, P. B. Perfil dos casos de hanseníase notificados na 14ª regional de saúde do Paraná após descentralização do programa para o nível municipal. **Ciência Cuidado & Saúde**, Maringá, v. 8, n. 1, p. 19-26, 2009.

SORJ, B.; MARTUCCELLI, D. **O desafio latino americano**. Rio de Janeiro: Record, 2008.

SOUSA, M. W. G. et al. Epidemiological profile of leprosy in the Brazilian state of Piauí between 2003 and 2008. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v. 87, n. 3, p. 389-395, 2012.

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

TRAVASSOS, C. Forum: equidade no acesso aos serviços de saúde. Introdução. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 1159-1161, 2008.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, p. S190-S198, 2004. Suplemento 2.

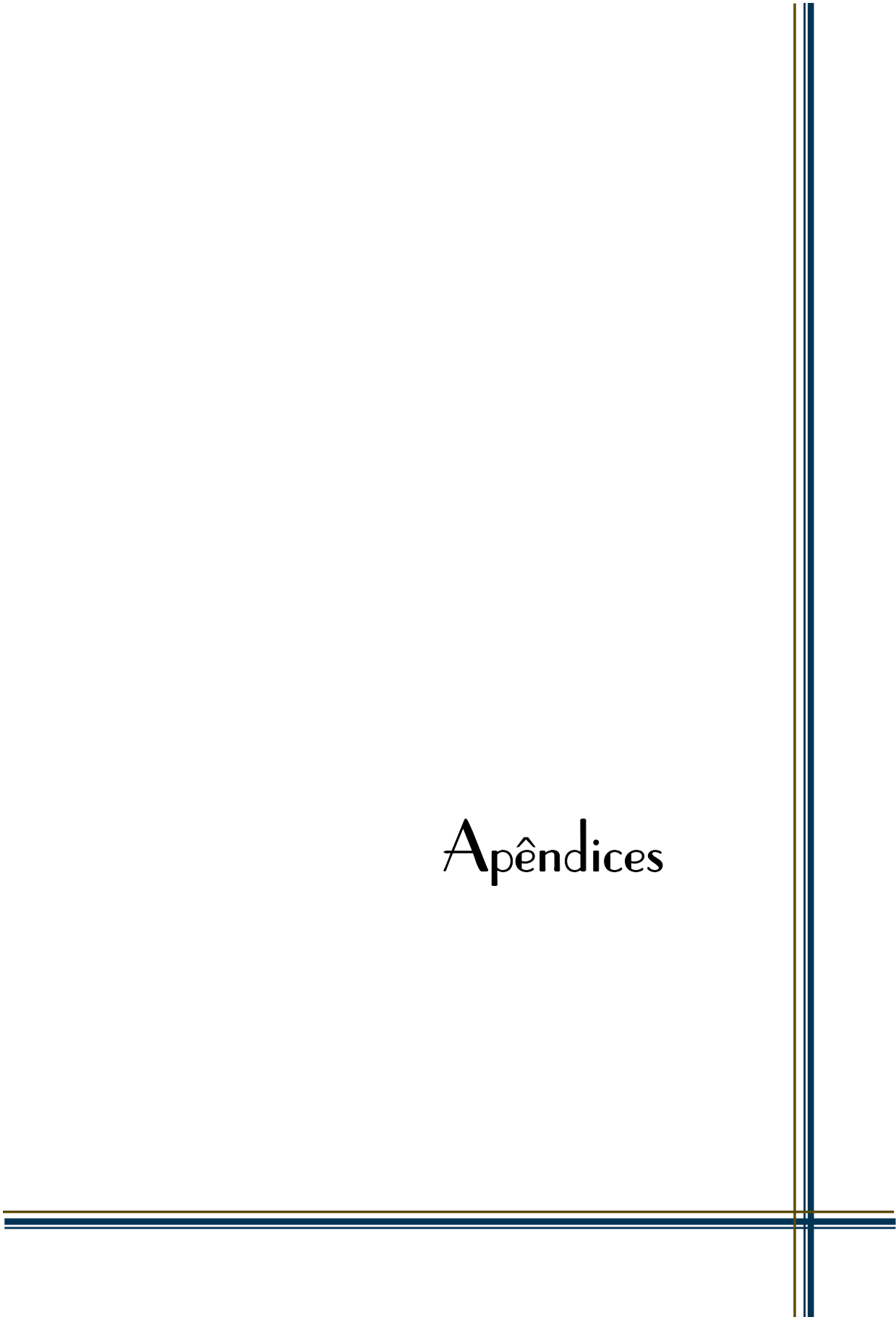
TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2490-2502, 2007.

VIACAVA, F. et al. Avaliação de desempenho de sistemas de saúde: um modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 921-934, 2012.

VISSCHEDIJK, J. et al. Leprosy control strategies and the integration of health services: an international perspective. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1567-1581, nov.-dez. 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global leprosy situation, 2010**. Weekly epidemiological record. Geneva: WHO, 2010. Disponível em: <<http://www.who.int/wer>>. Acesso em: 28 nov. 2013.

Apêndices



APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – (TCLE)

Prezado(a) Senhor(a),

Gostaria de convidá-lo(a) a participar de uma pesquisa, que será realizada no serviço de saúde, sobre o “A ATENÇÃO AOS DOENTES DE HANSENÍASE NO SISTEMA DE SAÚDE DE LONDRINA-PR”.

Este trabalho está sendo desenvolvido por uma equipe de pesquisadores da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Ela tem como objetivo analisar a atenção aos doentes de hanseníase em Londrina-PR, considerando os atributos da atenção primária à saúde`.

Para isso, nós precisaremos de sua participação em uma entrevista, e respondendo a um questionário, que dura em média 50 minutos, no qual anotaremos as suas respostas. Esse questionário terá perguntas de fácil entendimento, por exemplo, sobre a sua doença, o seu tratamento, a equipe de saúde que cuida do(a) Senhor(a), entre outras. Se o(a) Senhor(a) aceitar participar da pesquisa, não terá benefícios diretos por esta participação, mas estará contribuindo com outros pacientes com Hanseníase que poderão procurar o serviço. Além disso, com o final dessa pesquisa, poderemos entender a situação dos doentes de Hanseníase nas Unidades Básicas de Saúde e propor atividades para melhoria do atendimento em saúde dessa população. Se não quiser falar sobre alguma coisa que tiver no questionário, não tem problema. Nossa conversa poderá ser na própria unidade de saúde ou onde for melhor para o(a) Senhor(a). Seu nome verdadeiro não irá aparecer e todas as informações que o(a) Senhor(a) disser em nossas conversas não serão identificadas, pois nos questionários usaremos códigos para substituir o nome do(a) Senhor(a). O que o(a) Senhor(a) nos disser será utilizado somente para essa pesquisa. Tomarei notas nos questionários das respostas. Quando terminarmos a pesquisa, o resultado final poderá ser publicado em revista e ou apresentado em eventos científicos. Sua participação é voluntária, não haverá qualquer despesa e também o(a) Senhor(a) não receberá nenhum dinheiro ou outro benefício. O Senhor(a) poderá deixar de participar da pesquisa no momento que quiser, sem que seja prejudicado(a) por isso. Garantimos, ainda, que os procedimentos do estudo não pretendem causar riscos ou desconfortos. Entretanto, ao responder às perguntas, o(a) Senhor(a) poderá se recordar de alguns momentos difíceis ou desagradáveis, como por exemplo, a demora em agendar uma consulta, a dificuldade em receber o diagnóstico de hanseníase, o início do tratamento e o que o(a) Senhor(a) sentia quando procurou atendimento. Detalhando um pouco mais, no questionário a ser respondido, o(a) Senhor (a) encontrará perguntas que poderão trazer estas lembranças, como por exemplo: o tempo que levou até conseguir ser atendido pela equipe de saúde e por um especialista, para receber os medicamentos e para começar a conhecer melhor os profissionais de saúde que cuidam do(a) Senhor(a). Ao aceitar participar desta pesquisa, o(a) Senhor(a) receberá uma cópia original, impressa e assinada por mim desse documento. Se tiver dúvidas poderá entrar em contato comigo, através do telefone ou endereço abaixo.

Agradecemos a sua colaboração.

Londrina, _____ de _____ 201__.

FLAVIA MENEGUETTI PIERI – E-MAIL: fpieri@usp.br

Endereço: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Avenida Bandeirantes, 3900 Campus Universitário – Ribeirão Preto – SP;
CEP 14049-900 – SP Telefone (0XX16) 36023429.

Após ter conhecimento sobre como poderei colaborar com esta pesquisa, concordo com minha participação.

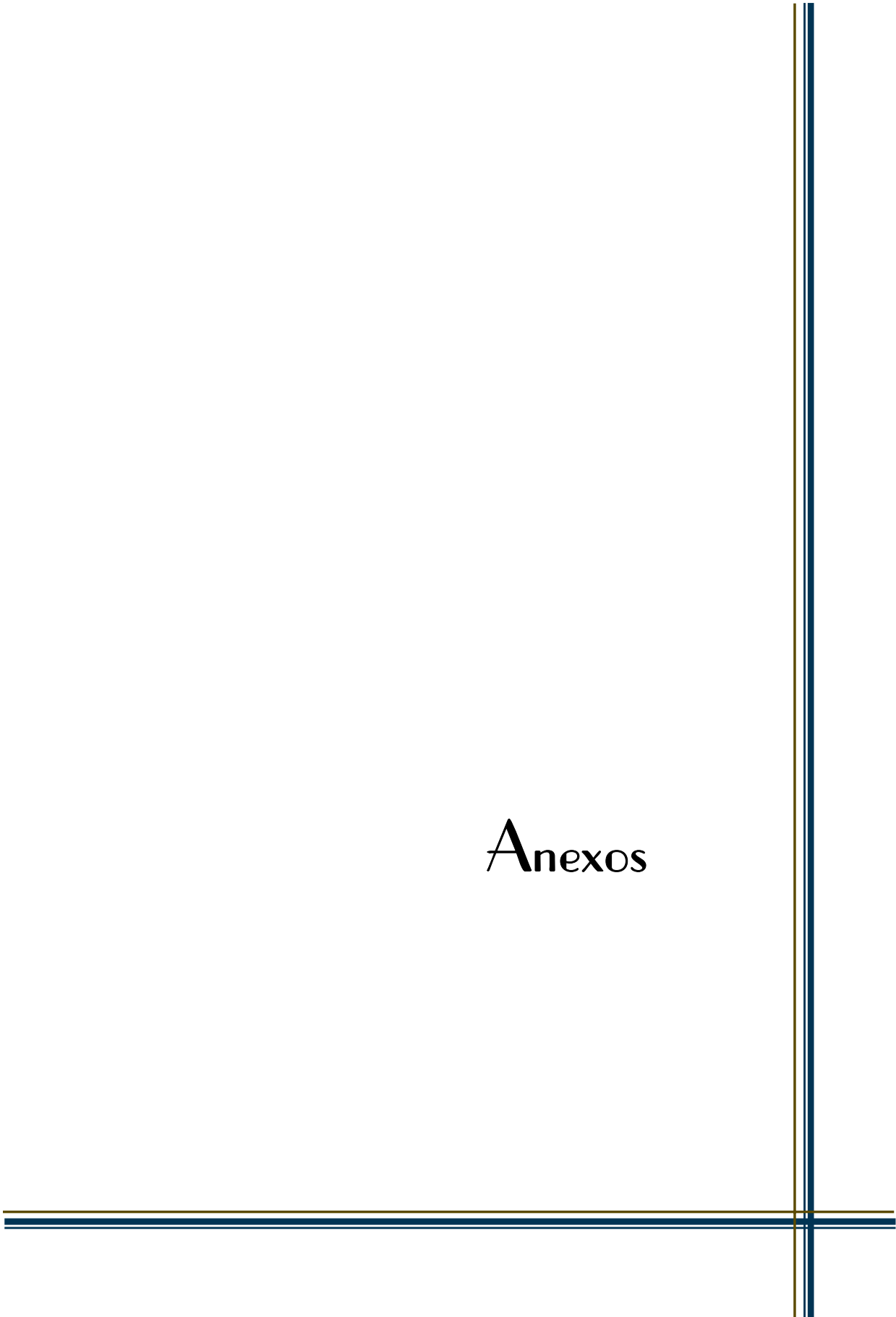
Eu, _____

concordo com minha participação no estudo e estou ciente de que estou livre para, em qualquer momento, desistir de colaborar, sem nenhuma espécie de prejuízo. Recebi uma cópia original e assinada deste documento e tive a oportunidade de discutir as minhas dúvidas com a pesquisadora.

PARTICIPANTE

Flávia Meneguetti Pieri

Anexos



ANEXO A

ATENÇÃO AOS DOENTES DE HANSENÍASE NO SISTEMA DE SAÚDE DE LONDRINA-PR

Indicadores	Variáveis		Categorias de Resposta	
	V0	Data da Entrevista		
Dados Gerais	V1	Código identificador do SINAN/data da Notificação		
	V2	Endereço do entrevistado		
	V3	Nome da Unidade	() 1 – UBS/ESF _____ () 2 – Ambulatório de Referência (Policlínica ou Cismepar) () 3 – Hospital/Pronto Atendimento () 4 - Outros: _____	
	V4	V4a	Unidade de Saúde que encaminhou o caso	() 1 – UBS/ESF _____ () 2 – Ambulatório de Referência (Policlínica ou Cismepar) () 3 – Hospital/Pronto Atendimento () 4 - Outros: _____
		V4b	Unidade que diagnosticou o caso	() 1 – UBS/ESF _____ () 2 – Ambulatório de Referência (Policlínica ou Cismepar) () 3 – Hospital/Pronto Atendimento () 4 - Outros: _____
	V5	Faz tratamento supervisionado da primeira dose de cada cartela	() 1- Sim () 2 – Não	
	V6	V6a	Local de Atendimento (Consulta médica de Controle)	() 1 – UBS/ESF _____ () 2 – Ambulatório de Referência (Policlínica ou Cismepar) () 3 – Outros: _____
		V6b	Tratamento Supervisionado	() 1 – UBS/ESF _____ () 2 – Ambulatório de Referência (Policlínica ou Cismepar) () 3 - Outros: _____
Informações Sócio-demográfica	V7	Sexo	() 1 – Feminino () 2 – Masculino	
	V8	Profissão ou Ocupação Atual	() 1 - Desempregado () 2 - Aposentado () 3 – Aposentado por invalidez/recebe	

			benefício () 4 – Autônomo () 5 – Do lar () 6 – Outros: _____
V9	Situação conjugal		() 1- Solteiro 4- () Divorciado () 2 - Casado 5 - () Viúvo () 3 -União Livre
V10	Data de Nascimento	____/____/____	() 1 - < 42anos (25%) () 2 - 42[-] (25 – 75%) () 3 - > 65 (25%)
V11	Renda Familiar Mensal		Valor R\$: _____ () 1 - < 800 (25%) () 2 – 800[-]2.200 (25% - 75%) () 3 - > 2.200 (25%)
V12	Etnia		() 1 – Branca () 2 – Negra/Preta () 3 – Parda () 4 – Outro: _____
V13	Religião		() 1 – Católico () 2 – Evangélico () 3 – Testemunha de Jeová () 4 – Espirita () 5 – Ateu/sem Religião () 6 – Indefinido
V14	Escolaridade		() 1 - Sem escolaridade () 2 - Ensino Fundamental/Primeiro Grau Incompleto e Completo () 3 - Ensino Médio/Segundo grau incompleto e completo () 4 - Ensino Superior Incompleto/completo
V15	Local de moradia		() 1 - Própria () 2 - Alugada () 3 - Instituição (asilo, abrigo, outros) () 4 - Não tem moradia (morador de rua)
V16	Tipo de Moradia		() 1 - Alvenaria () 3 - Material Reciclável () 2 - Madeira () 4 – Mista

(continua)

Indicadores	Variáveis		Categories de Resposta	
Informações Sociodemográfica (Continuação)	V17	O Sr.(a) tem em sua moradia	() 17.a - Luz elétrica () 1 – Sim () 2 - Não () 17.b - Água encanada () 1 – Sim () 2 - Não () 17.c - Rádio () 1 – Sim () 2 - Não () 17.d - Banheiro dentro de casa () 1 – Sim () 2 - Não () 17.e - Telefone celular e/ou fixo () 1 – Sim () 2 - Não () 17.f – Carro () 1 – Sim () 2 - Não () 17.g – Geladeira () 1 – Sim () 2 - Não () 17.h – TV () 1 – Sim () 2 - Não	
	V18	Número de cômodos da sua casa incluindo banheiro	() 1 cômodo () 4 cômodo () 2 cômodo () 5 cômodo () 3 cômodo () 5 ou mais cômodo Categorizado como: () 1 - ≤ 3 () 2 - > 3	
	V19	Número de pessoas residentes em sua casa	() 1 - ≤ 3 () 2 - > 3	
	V20	V20a	Número de adultos maiores de 60 anos	() 1 - ≤ 3 () 2 - > 3
		V20b	Número de crianças menos de 15 anos	() 1 - ≤ 3 () 2 - > 3
Saúde do Caso Confirmado de Hanseníase	V21	De modo geral, nos últimos 30 dias, como o Sr (a) considera seu estado de saúde?	1. () Muito ruim 4. () Bom 2. () Ruim 5. () Muito Bom 3. () Regular Categorizado como : () 1 – Muito ruim/ruim () 2 – Regular () 3 – Muito bom/bom	
	V22	Com frequência o Sr. (a) deixa de realizar qualquer atividade habitual (trabalhar, estudar, lazer) por conta do tratamento de Hanseníase?	1. () Sempre 4. () Quase nunca 2. () Quase sempre 5. () Nunca 3. () Às vezes Categorizado como: () 1 – Muito ruim/ruim () 2 – Regular () 3 – Muito bom/bom	
Porta de Entrada	V23	Quando o Sr. (a) precisa de algum controle de saúde preventivo (vacinar BCG, exames, biópsia de pele, baciloscopia) vai ao posto/centro/ unidade de Saúde?	1. () Nunca 4. () Quase sempre 2. () Quase nunca 5. () Sempre 3. () Às vezes	
	V24	Quando o Sr. (a) começou a ficar doente de Hanseníase foi ao posto/centro/unidade de saúde?	1. () Nunca 4. () Quase sempre 2. () Quase nunca 5. () Sempre 3. () Às vezes	
	V25	Quando o Sr. (a) começou a ficar doente de Hanseníase foi ao	1. () Nunca 4. () Quase sempre 2. () Quase nunca 5. () Sempre	

		pronto socorro/hospital?Onde?	3. () Às vezes
	V26	Quando o Sr. (a) começou a ficar doente de Hanseníase e precisou de algum especialista, consultou antes o posto/centro/unidade de saúde?	1. () Nunca 2. () Quase nunca 3. () Às vezes 4. () Quase sempre 5. () Sempre
Acesso ao diagnóstico	V27	Quando o Sr. (a) começou a ficar doente de Hanseníase, quantas vezes precisou procurar o posto/centro/unidade de saúde para conseguir atendimento?	1. () 5 ou mais vezes 2. () 4 vezes 3. () 3 vezes 4. () 2 vezes 5. () 1 vez
	V28	Quando o Sr. (a) começou a ficar doente de Hanseníase teve dificuldade para se deslocar até o posto/centro/unidade de saúde?	1. () Sempre 2. () Quase sempre 3. () Às vezes 4. () Quase nunca 5. () Nunca

Indicadores	Variáveis		Categorias de Resposta	
Acesso ao diagnóstico (Cont.)	V29	Quando o Sr. (a) começou a ficar doente de Hanseníase teve dificuldade para pedir informação por telefone no posto/centro/unidade de saúde?	1. () Sempre 2. () Quase sempre 3. () Às vezes	4. () Quase nunca 5. () Nunca
	V30	Quando o Sr. (a) começou a ficar doente de Hanseníase teve dificuldade para marcar consultas por telefone no posto/centro/unidade de saúde?	1. () Sempre 2. () Quase sempre 3. () Às vezes	4. () Quase nunca 5. () Nunca
	V31	Quando o Sr. (a) começou a ficar doente de Hanseníase teve que deixar de trabalhar ou perder seu dia de trabalho ou compromisso para consulta no posto/centro/unidade de saúde?	1. () Sempre 2. () Quase sempre 3. () Às vezes	4. () Quase nunca 5. () Nunca
	V32	Quando o Sr. (a) começou a ficar doente de Hanseníase precisou utilizar algum tipo de transporte motorizado para ir até o posto/centro/unidade de saúde?	1. () Sempre 2. () Quase sempre 3. () Às vezes	4. () Quase nunca 5. () Nunca
	V33	Quando o Sr. (a) começou a ficar doente de Hanseníase gastou dinheiro com o transporte para ir até o posto/centro/unidade de saúde?	1. () Sempre 2. () Quase sempre 3. () Às vezes	4. () Quase nunca 5. () Nunca
	V34	Quando o Sr. (a) começou a ficar doente de Hanseníase conseguiu consulta no posto/centro/unidade de saúde, para descobrir a doença no prazo de 24hs	1. () Nunca 2. () Quase nunca 3. () Às vezes	4. () Quase sempre 5. () Sempre
	V35	Quando o Sr. (a) começou a ficar doente de Hanseníase procurou o posto/centro/unidade de saúde mais perto de sua casa?	1. () Nunca 2. () Quase nunca 3. () Às vezes	4. () Quase sempre 5. () Sempre

Acesso ao tratamento	V36	Quando o Sr. (a) passa mal por causa da medicação ou da hanseníase consegue uma consulta médica no prazo de 24hs?	1. () Nunca 2. () Quase nunca 3. () Às vezes	4. () Quase sempre 5. () Sempre
	V37	O Sr.(a) consegue pedir informações por telefone no posto/centro/unidade de saúde?	1. () Nunca 2. () Quase nunca 3. () Às vezes	4. () Quase sempre 5. () Sempre
	V38	O Sr.(a) consegue marcar consultas por telefone no posto/centro/unidade de saúde?	1. () Nunca 2. () Quase nunca 3. () Às vezes	4. () Quase sempre 5. () Sempre
	V39	Quando o Sr.(a) vai ao posto/centro/unidade de saúde para consultar seu problema de Hanseníase, tem que deixar de trabalhar ou perder seu dia de trabalho ou compromisso?	1. () Sempre 2. () Quase sempre 3. () Às vezes	4. () Quase nunca 5. () Nunca

(continua)

Indicadores	Variáveis		Categorias de Resposta	
Acesso ao Tratamento (Cont.)	V40	Quando o Sr.(a) vai ao posto/centro/unidade de saúde para consultar seu problema de Hanseníase, precisa utilizar algum meio de transporte?	1. () Sempre 2. () Quase sempre 3. () Às vezes	4. () Quase nunca 5. () Nunca
	V41	Quando o Sr.(a) vai ao posto/centro/unidade de saúde para consultar seu problema de Hanseníase, paga pelo transporte?	1. () Sempre 2. () Quase sempre 3. () Às vezes	4. () Quase nunca 5. () Nunca
	V42	Durante o seu tratamento, faltou medicamentos para Hanseníase?	1. () Sempre 2. () Quase sempre 3. () Às vezes	4. () Quase nunca 5. () Nunca
	V43	Quando o Sr.(a) vai ao posto/centro/unidade de saúde para consultar seu problema de Hanseníase, demora mais de 60 minutos para ser atendido?	1. () Sempre 2. () Quase sempre 3. () Às vezes	4. () Quase nunca 5. () Nunca
	V44	O profissional do posto/centro/unidade de saúde que acompanha seu tratamento de hanseníase costuma visitá-lo em sua moradia?	1. () Nunca 2. () Quase nunca 3. () Às vezes	4. () Quase sempre 5. () Sempre
	V45	O Sr. (a) faz o tratamento de Hanseníase no posto/centro/unidade de saúde mais próximo de sua casa?	1. () Nunca 2. () Quase nunca 3. () Às vezes	4. () Quase sempre 5. () Sempre
Vínculo	V46	Quando o Sr.(a) vai ao posto/centro/unidade de saúde para consulta de Hanseníase, é atendido pelo mesmo profissional	1. () Nunca 2. () Quase nunca 3. () Às vezes	4. () Quase sempre 5. () Sempre

	V47	Se o Sr.(a) tem alguma dúvida sobre o seu tratamento, consegue falar com o mesmo profissional do posto/centro/unidade de saúde que o atende?	1. () Nunca 2. () Quase nunca 3. () Às vezes	4. () Quase sempre 5. () Sempre	
	V48	Quando o Sr.(a) faz alguma pergunta ao profissional do posto/centro/unidade de saúde sente que ele entende?	1. () Nunca 2. () Quase nunca 3. () Às vezes	4. () Quase sempre 5. () Sempre	
	V49	Quando o Sr.(a) consulta o profissional do posto/centro/unidade de saúde, conversa sobre outros problemas de saúde?	1. () Nunca 2. () Quase nunca 3. () Às vezes	4. () Quase sempre 5. () Sempre	
	V50	O profissional do posto/centro/unidade de saúde, dá tempo suficiente para que o Sr.(a) fale de suas dúvidas ou preocupações?	1. () Nunca 2. () Quase nunca 3. () Às vezes	4. () Quase sempre 5. () Sempre	
	V51	O profissional do posto/centro/unidade de saúde que o Sr.(a) está fazendo o tratamento responde as suas perguntas de maneira clara?	1. () Nunca 2. () Quase nunca 3. () Às vezes	4. () Quase sempre 5. () Sempre	
Indicadores	Variáveis		Categorias de Resposta		
Vínculo (Cont.)	V52	Durante seu atendimento o profissional do posto/centro/unidade de saúde anota as suas queixas no seu prontuário?	1. () Nunca 2. () Quase nunca 3. () Às vezes	4. () Quase sempre 5. () Sempre	
	V53	O profissional do posto/centro/unidade de saúde explica sobre os medicamentos utilizados para o tratamento de hanseníase?	1. () Nunca 2. () Quase nunca 3. () Às vezes	4. () Quase sempre 5. () Sempre	
	V54	O profissional do posto/centro/unidade de saúde pergunta sobre todos os medicamento que o Sr.(a) está utilizando?	1. () Nunca 2. () Quase nunca 3. () Às vezes	4. () Quase sempre 5. () Sempre	
	V55	Quando o Sr.(s) tem algum problema de saúde ou outras necessidades (cesta básica, vale transporte...), com que frequência procura os seguintes profissionais do posto/centro/unidade de saúde?	A. Médico	1. () Nunca 2. () Quase nunca 3. () Às vezes	4. () Quase sempre 5. () Sempre
			B. Enfermeiro	1. () Nunca 2. () Quase nunca 3. () Às vezes	4. () Quase sempre 5. () Sempre
C. Aux. de Enfermagem			1. () Nunca 2. () Quase nunca 3. () Às vezes	4. () Quase sempre 5. () Sempre	
D. Agentes Comunitários de Saúde			1. () Nunca 2. () Quase nunca 3. () Às vezes	4. () Quase sempre 5. () Sempre	
E. Outros Profissionais			1. () Nunca 2. () Quase nunca 3. () Às vezes	4. () Quase sempre 5. () Sempre	

	V56	Qual a sua opinião sobre a equipe de saúde que o atende	1. () Muito ruim 2. () Ruim 3. () Regular	4. () Bom 5. () Muito Bom			
Elenco de Serviços	Com que frequência as ações a seguir são oferecidas pela equipe que acompanha o problema da Hanseníase no posto/centro/unidade de saúde?		Nunca (1)	Quase Nunca (2)	Às vezes (3)	Quase sempre (4)	Sempre (5)
	V57	Entrega do PQT					
	V58	Exame/Revisão Dermatoneurológico					
	V59	Baciloscopia					
	V60	Biópsia da lesão/mancha					
	V61	Aplicação BCG					
	V62	Teste de Mitsuda					
	V63	Consulta mensal de controle para o tratamento da hanseníase?					
	V64	Cestas básicas ou vale alimentação?					
	V65	Vale transporte?					
	V66	Informação sobre a hanseníase e seu tratamento?					
V67	Educação em saúde (informação sobre outros temas de saúde)?						

Indicadores	Variáveis		Categorias de Resposta				
Elenco de Serviços (cont.)	Com que frequência as ações a seguir são oferecidas pela equipe que acompanha o problema da Hanseníase no posto/centro/unidade de saúde?		Nunca (1)	Quase Nunca (2)	Às vezes (3)	Quase sempre (4)	Sempre (5)
	V68	Visitas domiciliares durante o tratamento?					
	V69	Visitas domiciliares por outros motivos além da hanseníase?					
	V70	Participação em grupos de doentes de hanseníase no posto / centro / unidade de saúde?					
	V71	Tratamento Supervisionado? *					
Observação: Considerar Nunca (Auto-Administrado); Quase Nunca (A cada 15 ou 30 dias); Às Vezes (1-2 vezes/semana); Quase Sempre (3-4 vezes/semana); Sempre (Todos os dias úteis da semana).							
Coordenação	Questões		Nunca (1)	Quase Nunca (2)	Às vezes (3)	Quase sempre (4)	Sempre (5)
	V72	O profissional do posto/centro/unidade de saúde pega o prontuário/ficha do(a) Sr.(a) durante a consulta?					
	V73	Quando o(a) Sr(a) precisa dos resultados de seus exames, eles estão disponíveis no posto/centro/unidade de saúde?					
	V74	O(A) Sr.(a) é avisado sobre o agendamento da sua consulta de retorno no posto/centro/unidade de saúde?					
	AGORA VAMOS FALAR SOBRE O ENCAMINHAMENTO DO (A) SR.(A) PARA OUTROS SERVIÇOS DE SAÚDE OU ESPECIALIDADES (serviço social, odontologia, fisioterapia, psicologia, médico especialista)						

V75	Quando o(a) Sr.(a) precisa consultar com algum especialista, é encaminhado por um profissional do posto/centro/unidade de saúde?					
V76	Quando o profissional do posto/centro/unidade encaminha o(a) Sr(a) para outros serviços de saúde, ele discute ou indica os possíveis lugares de atendimento?					
V77	Quando o(a) Sr.(a) é encaminhado ao especialista, o profissional do posto/centro/unidade de saúde ajuda a marcar a consulta?					
V78	No momento do agendamento da consulta para o especialista, o(a) Sr.(a) recebe comprovante que a consulta foi marcada?					
V79	Quando o(a) Sr.(a) é encaminhado ao especialista, o profissional do posto/centro/unidade de saúde, fornece informações escritas sobre seu problema para entregar ao especialista?					
V80	O(A) Sr.(a) retorna ao posto/centro/unidade de saúde com as informações escritas sobre os resultados da consulta com o especialista?					
V81	O profissional do posto/centro/unidade de saúde discute com o(a) Sr.(a) sobre os resultados da consulta com o especialista?					
V82	O profissional do posto/centro/unidade de saúde está interessado em saber se o(a) Sr.(a) foi bem atendido pelo especialista?					

Indicadores	Variáveis	Categorias de Resposta				
Enfoque na Família	Agora vamos falar um pouco sobre a participação da sua família durante o seu tratamento de hanseníase	Nunca (1)	Quase Nunca (2)	Às vezes (3)	Quase sempre (4)	Sempre (5)
V83	O profissional do posto/centro/unidade de saúde pede informações sobre suas condições de vida e da sua família (emprego, moradia, disponibilidade de água potável, saneamento básico...)?					
V84	O profissional do posto/centro/unidade de saúde pede informações sobre doenças da sua família?					
V85	O profissional do posto/centro/unidade de saúde pergunta se as pessoas que moram com o(a) Sr.(a) têm lesões de pele.....?					
V86	Quando ficou doente de hanseníase, o profissional do posto/centro/unidade de saúde realizou a vigilância dos contatos intradomiciliares(a todas as pessoas que moram com o(a) Sr.(a)?					
V87	Quando ficou doente de hanseníase, o profissional do posto/centro/unidade de saúde realizou BCG nos contatos Intradomiciliares sadios?					
V88	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde conhecem as pessoas que moram com o(a) Sr.(a)?					



	V89	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde conversam com as pessoas que moram com o(a) Sr.(a) sobre a sua doença?					
	V90	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde conversam com as pessoas que moram com o(a) Sr.(a) sobre seu tratamento?					
	V91	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde conversam com as pessoas que moram com o(a) Sr.(a) sobre outros problemas de sua saúde?					
Orientações para comunidade	Agora vamos falar com o (a) Sr.(a). sobre o trabalho desenvolvido pelos profissionais do posto/ centro/ unidade de saúde na comunidade		Nunca (1)	Quase Nunca (2)	Às vezes (3)	Quase Sempre(4)	Sempre (5)
	V92	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde perguntam ao Sr.(a) ou sua família se os serviços oferecidos resolvem seus problemas de saúde ?					
	V93	O(A) Sr.(a) observa propagandas/campanhas/trabalhos educativos realizados pelos profissionais do posto/centro/unidade de saúde para informar a comunidade sobre a hanseníase?					
	V94	O(A) Sr.(a) observa que os profissionais do posto/centro/unidade de saúde desenvolvem ações de saúde com as Igrejas, Associações de Bairro, etc.. para exame dermatoneurológico?					

Indicadores	Variáveis		Categorias de Resposta				
Orientações para comunidade	Agora vamos falar com o (a) Sr.(a). sobre o trabalho desenvolvido pelos profissionais do posto/ centro/ unidade de saúde na comunidade		Nunca (1)	Quase Nunca (2)	Às vezes (3)	Quase Sempre(4)	Sempre (5)
	V95	O(A) Sr.(a) observa visitas dos profissionais do posto/centro/unidade de saúde na sua vizinhança para entrega de panfletos com informações de hanseníase, e/ou para exame dermatoneurológico?					
	V96	O(A) Sr.(a) observa que os profissionais do posto/centro/unidade de saúde solicitam a participação de alguém da comunidade para discutir o problema da hanseníase?					
Interação profissional de saúde e doentes	Agora vamos falar um pouco sobre outros assuntos relacionados aos profissionais que atendem o (a) Sr.(a) no posto/ centro/ unidade de saúde.		Nunca (1)	Quase Nunca (2)	Às vezes (3)	Quase Sempre(4)	Sempre (5)
	V97	O(A) Sr.(a) encontra um profissional no posto/centro/unidade de saúde para atendê-lo em dias úteis da semana?					
	V98	O(A) Sr.(a) recomenda este posto/centro/unidade de saúde a um(a) amigo(a)?					

	V99	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde conseguem resolver seus problemas de saúde?					
	V1 00	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde são capazes de ajudar o(a) Sr.(a) para melhorar/curar da hanseníase?					
	V1 01	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde relacionam-se bem com as pessoas da comunidade?					
	V1 02	O(A) Sr.(a) já se sentiu rejeitado pelos profissionais do posto/centro/unidade de saúde por ter hanseníase?					
	V1 03	O(A) Sr.(a) já pensou em mudar de posto/centro/unidade de saúde por causa dos profissionais?					

104. - O(A) Sr.(a) tem alguma pergunta, sugestão, comentário ou dúvida?

ANEXO B**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS**

		UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
<small>Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem</small>		<small>Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902 Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518 www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br</small>

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 049/2013

Ribeirão Preto, 12 de março de 2013

Prezado Senhor,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 12 de março de 2013.


Protocolo CAAE: 08811212.0.0000.5393

Projeto: Acesso ao diagnóstico e tratamento do doente de Hanseníase na atenção primária à saúde em Londrina-PR.

Pesquisadores: Ricardo Alexandre Arcêncio
Flavia Meneguetti Pieri

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,


Prof.ª Dr.ª Lucila Castanheira Nascimento
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilmo. Sr.
Prof. Dr. Ricardo Alexandre Arcêncio
Departamento de Enfermagem Materno-infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP
