


ATENÇÃO PRIMÁRIA NO CONTROLE DA HANSENÍASE: ESTUDO AVALIATIVO SOB A ÓTICA DOS GESTORES EM UM MUNICÍPIO DO SERTÃO PARAIBANO

 <https://doi.org/10.56238/arev7n2-080>

Data de submissão: 10/01/2025

Data de publicação: 10/02/2025

Hellen Raquel Fortunato Bandeira

Discente do curso de Medicina

Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Formação de Professores, Cajazeiras, PB

E-mail: hellen.fortunato@estudante.ufcg.edu.br

Thiago Moura Tavares

Discente do curso de Medicina

Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Formação de Professores, Cajazeiras, PB

E-mail: thiago.tavares@estudante.ufcg.edu.br

Nertan Ribeiro Batista

Discente do curso de Medicina

Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Formação de Professores, Cajazeiras, PB

E-mail: nertan.ribeiro@estudante.ufcg.edu.br

Marilena Maria de Souza

Docente Titular

Escola Técnica de Saúde da Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Formação de Professores, Cajazeiras, PB

E-mail: marilenacarolino@uol.com.br

RESUMO

A hanseníase, apesar dos avanços das últimas décadas, ainda constitui um problema de saúde pública, mesmo sendo uma doença curável, com meios para o diagnóstico precoce, tratamento eficaz e gratuito. O Brasil está entre os 22 países que possuem as mais altas cargas da doença em nível global, o estado da Paraíba apresenta altas taxas de detecção da doença e o município de estudo, Cajazeiras-PB, localizado no maior cluster de aglomeração da doença no estado, foi considerado hiperendêmico nos anos de 2010 a 2016, possuindo, ainda, altas taxas de detecção. Assim, a Estratégia de Saúde da Família deve estar organizada para oferecer as ações de controle da doença de acordo com os atributos da atenção primária à saúde, considerando que as medidas devem estar pautadas na redução da carga de hanseníase na população, por intermédio da atuação de gestores, técnicos e profissionais de saúde quanto à elaboração dos planos estaduais, regionais e municipais para ações estratégicas a serem desenvolvidas. Logo, objetiva-se analisar o desempenho do município de Cajazeiras-PB por meio de um instrumento avaliativo na atenção primária à saúde frente à realização das ações de controle da hanseníase sob a ótica dos gestores. Para tal, foi desenvolvida uma pesquisa avaliativa de natureza quantitativa com os seguintes profissionais de gestão: Secretário Municipal de Saúde, Coordenador da APS, Coordenador de Vigilância Epidemiológica e Gerentes de Unidade da APS, utilizando um instrumento composto por 8 atributos para formação de escores dos gestores e do município em estudo. A partir disso, observou-se fragilidades entre os atributos de avaliação, como "acesso" e "orientação profissional", assim como entre as medidas de dispersão que destacavam relativa inconsistência entre as respostas prestadas frente a realidade do município. Dessa forma, mesmo

apresentando um escore geral de 7,58 considerado adequado de acordo com a padronização do PCATool-Brasil, o município apresentou medidas de dispersão com relativa heterogeneidade, sugerindo que nem todos os aspectos avaliados estavam acima dos valores considerados positivos. À vista disso, a realização dessa pesquisa possibilita a identificação das fragilidades pontuais e a busca por resolutivas no que diz respeito às vulnerabilidades que perpassam as ações dos gestores frente ao controle da hanseníase no município de Cajazeiras-PB.

Palavras-chave: Hanseníase. Atenção Primária à Saúde. Gestores.

1 INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença crônica, infectocontagiosa, tendo como agente etiológico o *Mycobacterium leprae*, que atinge principalmente a pele e os nervos periféricos, com capacidade de ocasionar lesões neurais. É altamente infectante, mas tem patogenicidade baixa, ou seja, muitos são os infectados, mas menos de 10% adoecem. A transmissão ocorre pelo contato próximo e prolongado com a pessoa doente na forma multibacilar sem tratamento. As vias aéreas superiores são a principal via de eliminação e a mais provável porta de entrada do bacilo (BRASIL, 2017a)

De acordo com as Diretrizes para o diagnóstico, o tratamento e a prevenção da hanseníase, da World Health Organization, em 2018, houve uma taxa de detecção de 2,74 casos por 100.000 habitantes (WHO, 2019a). O Brasil, no mesmo ano, apresentou um coeficiente de detecção de 13,70/100 mil habitantes (BRASIL, 2020). Apesar dos avanços nas últimas décadas, o Brasil está entre os 22 países que possuem as mais altas cargas da doença em nível global (WHO, 2019a).

Dados oficiais do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) mostram que o estado da Paraíba no ano de 2018 apresentou 518 novos casos para cada 100 mil habitantes, compreendendo uma região de altas taxas de detecção da hanseníase. No município de Cajazeiras-PB, durante os anos de 2010 a 2016, as taxas de detecção de novos casos situavam-se na faixa considerada pelos parâmetros do Ministério da Saúde (MS) como hiperendêmica (acima de 40,00/100.000 hab.)(BRASIL, 2021).

Com base nisso, a Estratégia Nacional para Enfrentamento da Hanseníase 2019-2022 traz a proposta de trabalhar com todos os municípios brasileiros, com o objetivo geral de reduzir a carga de hanseníase no Brasil, subsidiar gestores, técnicos e profissionais de saúde quanto à elaboração dos planos estaduais, regionais e municipais, bem como das ações estratégicas a serem desenvolvidas. Devem-se considerar as peculiaridades locais, com vistas à organização do serviço e qualificação da atenção integral ofertada à pessoa acometida pela doença e suas complicações, no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) e nos serviços especializados (ambulatoriais e/ou hospitalares) (BRASIL, 2019b).

Para Lanza (2014) a equipe que atua na Estratégia Saúde da Família (ESF) deve estar organizada para oferecer as ações de controle da doença de acordo com os atributos da APS, não só em relação ao acesso, diagnóstico/tratamento e orientação para a comunidade, mas também devem estar intimamente relacionadas com as demais dimensões da APS como porta de entrada, atendimento continuado, integralidade dos serviços, coordenação e enfoque na família.

No entanto, apesar das recomendações para ações de combate à hanseníase, considera-se que no Brasil ainda há dificuldades na integração das ações para o controle da doença nos serviços de

APS. Em uma perspectiva da saúde coletiva, a investigação da gestão municipal na atenção à hanseníase na APS é relevante para avaliar a implementação dessa política pública e sugerir iniciativas necessárias a sua efetividade (SOUSA, 2017).

Diante do contexto, considerando as ações de controle da hanseníase (ACH) na APS, os gestores municipais são responsáveis pelo planejamento, implementação e monitoramento das ações de saúde, acreditando-se que a avaliação do desempenho dessas práticas em saúde, assim como dos seus resultados, faz-se necessário quando se tem como proposta a redução das desigualdades do acesso da APS por meio da reorganização do modelo de atenção utilizando a ESF.

Dessa forma, considerando que o município de Cajazeiras-PB, cenário do estudo, apresenta um coeficiente de detecção de novos casos para hanseníase, avaliado como hiperendêmico, além de estar entre as cinco cidades da Paraíba com maior frequência de número de casos de hanseníase (BRASIL, 2021), é imprescindível a aplicação de um instrumento de pesquisa com os gestores que, diretamente ou indiretamente, participam da cadeia de cuidado dessa doença.

Os gestores são os representantes da APS, visto que esses profissionais comportam-se como coordenadores nos cuidados realizados, recebendo devolutivas dos demais profissionais e articulando as suas atribuições. Além disso, possui o acesso à avaliação do sistema em conjunto com a equipe, que tem por obrigação detectar falhas e desenvolver estratégias resolutivas (GIRÃO NETA et al., 2017). À vista disso, justifica-se a atuação desta pesquisa por meio de um instrumento de avaliação do grau de orientação dos serviços da APS, frente à coordenação e realização das ACH pelos gestores.

Dessa forma, a pesquisa apresenta, como objetivos, o intuito de identificar as possíveis fragilidades das ações de gestão e de controle utilizadas na APS para o monitoramento da hanseníase, que justifiquem os altos índices desta localidade, tendo por finalidade, sugerir medidas individualizadas que contribuam para uma coordenação mais efetiva dos serviços e, conseqüentemente, redução do coeficiente de detecção de novos casos de hanseníase no município cajazeirense.

2 METODOLOGIA

2.1 TIPO DE ESTUDO

Esse estudo representa uma pesquisa avaliativa de natureza quantitativa. Para Marinho et al. (2016) a pesquisa avaliativa possui objeto próprio de analisar a pertinência, a relevância, os fundamentos teóricos e estratégicos, a conjuntura e a avaliação da implementação de medidas dentro de um contexto ao aprimoramento dos programas governamentais

2.2 CENÁRIO DE ESTUDO

O presente estudo foi realizado no município de Cajazeiras-PB, situado na extremidade ocidental do estado da Paraíba, Região Nordeste do país. Pertence à Mesorregião do Sertão Paraibano e está distante 468 quilômetros da capital do estado, João Pessoa.

Possui uma área de aproximadamente 566 km² e sua população é de 61 816 habitantes, sendo o oitavo município mais populoso da Paraíba (IBGE, 2020). É considerada uma localidade hiperendêmica (BRASIL, 2021) que, a atenção primária como principal porta de entrada, compõe um campo de extrema relevância para essa pesquisa, sobre as ações de coordenação realizadas frente ao controle da hanseníase.

2.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Para tanto, foram escolhidos os seguintes profissionais de gestão para aplicar o instrumento: Representantes e/ou gerentes de unidades básicas de saúde, Secretário Municipal de Saúde, Coordenador da APS, Coordenador de Vigilância Epidemiológica e Referência Técnica Municipal em Hanseníase, somando um total de 28 gestores previstos.

Foi produzida a amostra com os gestores que concordaram em participar do estudo e que atenderam aos critérios de inclusão, sendo eles: mínimo de atuação de 06 meses em atividades de gestão frente às ações de controle da hanseníase e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Em relação aos critérios de exclusão foram: não comparecimento na data prevista para entrevista, férias regulamentadas e licença maternidade.

2.4 O INSTRUMENTO

A fim de que os objetivos fossem atingidos, foi utilizado o “Instrumento de avaliação do desempenho da atenção primária nas ações de controle da hanseníase- versão gestores” que foi elaborado, validado e aplicado por Lanza (2014) Tese de Doutorado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, tendo sido redigido a partir das ações de controle da hanseníase (ACH) preconizadas pelo MS para serem desempenhadas na APS (BRASIL, 2010b). A sua estrutura foi elaborada a partir do formato utilizado no instrumento Primary Care Assessment Tool (PCAT) adotado como referência pelo MS (BRASIL, 2010c).

Os 70 itens do instrumento foram alocados dentro de oito construtos ou atributos que foram formulados a partir dos documentos oficiais do SUS para a atenção à hanseníase na APS. Esses construtos são: porta de entrada, acesso, atendimento continuado, integralidade dos serviços

disponíveis e prestados, coordenação, orientação familiar, orientação comunitária e orientação profissional, correspondendo às medidas da APS nas ACH.

O instrumento foi aplicado através de uma entrevista, na qual o entrevistado respondeu os itens, utilizando a escala de Likert, com as mesmas opções de respostas do PCATool-Brasil crianças, adultos e profissionais: 1 (para com certeza, não); 2 (para provavelmente, não); 3 (para provavelmente, sim); 4 (para com certeza, sim); 9 (para não sei/não lembro).

Dessa forma, para o cálculo dos escores dos atributos da APS, foi utilizada a mesma metodologia do PCAT-Brasil, possibilitando a produção estatística de cada ação de controle da hanseníase avaliada, a partir das médias dos itens do instrumento e, por conseguinte, de cada atributo da APS, além de um escore geral para avaliar a operacionalização da integração das ACH no município de Cajazeiras-PB.

A padronização do PCAT-Brasil determina que os escores iguais ou acima de 6,6 indicam alta orientação do serviço na APS para realização das ACH. No entanto, os escores abaixo de 6,6 indicam que o serviço possui baixa orientação na APS, demonstrando fragilidades nas ACH que são realizadas.

2.5 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

A coleta dos dados com os gestores foi realizada no ambiente de trabalho, marcado em um horário de acordo com a disponibilidade de cada profissional, em um local reservado para não ocorrerem interrupções e para garantir a privacidade do informante. Vale salientar que, todos os sujeitos apenas participaram do estudo mediante a assinatura TCLE.

Os resultados foram armazenados e analisados usando o programa Ep1.Info.7.0, sendo os escores descritos através de medidas de tendência central, de posição e dispersão. Esses dados foram organizados em tabelas no programa Microsoft Excel, que possibilita a visualização dos escores de cada item e atributo, e um escore geral referente à cidade de Cajazeiras.

2.6 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi realizada, atendendo às determinações da Resolução 466/2012 e 510/2016 (BRASIL, 2012b; BRASIL, 2016b), do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, que estabelece as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Os sujeitos foram convidados a participar do estudo após todos os devidos esclarecimentos sobre o desenvolvimento da pesquisa (objetivos, procedimentos da pesquisa, a confidencialidade sobre sua participação, os riscos e benefícios) e leitura do TCLE.

O projeto desta pesquisa, por sua vez, foi submetido à apreciação no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Campina Grande, de parecer 5.037.436. Vale salientar que a aprovação da Secretaria de Saúde do Município de Cajazeiras-PB foi concebida, através de um termo de anuência.

3 DESENVOLVIMENTO

3.1 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Do total de 28 gestores previstos como amostra do estudo, entretanto, três gestores não concordaram em participar do estudo, três não possuíam a experiência de atuação com pacientes suspeitos e/ou confirmados de hanseníase, em virtude de pouco tempo na função em detrimento da alta rotatividade de profissionais no município e dois gestores foram excluídos pelas inúmeras tentativas de insucesso para manter contato e para comparecer a entrevista marcada. Dessa forma, a amostra exata, dentro dos critérios estabelecidos, foi de 20 gestores, sendo 17 gerentes de unidades básicas de saúde, 1 Secretário (a) Adjunto de Saúde, 1 Coordenador (a) da Atenção Básica e 1 Referência Técnica Municipal em Hanseníase.

O perfil desses gestores é composto de: 85% da amostra entrevistada por gerentes de unidades e 15% da amostra entrevistada, sendo gestores em âmbito municipal, com 100% dos gestores possuindo graduação e 95% possuindo pós-graduação. No que diz respeito à atuação na função de gestão, o tempo médio, em anos, foi de 6,05 e o tempo médio, em anos, de execução na Atenção Primária à Saúde foi de 8. Em relação ao número de treinamentos recebidos ao longo de sua atuação frente às Ações de Controle da Hanseníase, foi, em média, 2,29. (Tabela 01). Dessa forma, quando se relaciona o tempo médio, em anos, de atuação na APS e o número médio de treinamentos recebidos, destaca-se a falta de um treinamento permanente para esses gestores frente às ACH.

Tabela 01 - Descrição dos gestores entrevistados envolvidos nas ACH do município de Cajazeiras-PB.

VARIÁVEIS	DADOS QUANTITATIVOS
Número de gestores entrevistados	20 (71%)
Área de atuação	
• Gestores de Unidades Básicas de Saúde	17 (85%)
• Gestores Municipais	3 (15%)
Escolaridade	
• Graduação	17 (100%)
Pós-graduação	
• Sim	19 (95%)
• Não	1 (5%)
Tempo (em anos) de atuação na função (média/desvio padrão)	6,6 (\pm 3,93)
Tempo (em anos) de atuação na APS (média/desvio padrão)	8,3 (\pm 7,42)
Número de treinamentos em ACH	2,31 (\pm 1,77)

Fonte de informações: dados da pesquisa

No que se diz respeito às médias obtidas e destacadas pela Tabela 2, houve dois atributos (“acesso” e “orientação profissional”) abaixo de 6,6, que estão relacionados ao ponto de corte do PCATool-Brasil, o qual classifica em alta ou baixa orientação e coordenação nos serviços. Escores iguais ou acima de 6,6 indicam alta orientação e escores abaixo de 6,6, indicam que o serviço possui baixa orientação para a APS.

O atributo “acesso”, com escore de 5,1 e o atributo “orientação profissional”, com escore de 6,5 foram classificados como aspectos que apresentam baixa operacionalização e preparo no município de Cajazeiras, diante das ações de controle realizadas por meio da atenção primária à saúde em relação aos atendimentos aos pacientes com hanseníase.

Tabela 02 – Descrição dos escores gerais e das medidas de dispersão de cada atributo avaliado pelos gestores entrevistados e envolvidos nas ACH do município de Cajazeiras-PB.

	GESTORES	PORTA DE ENTRADA	ACESSO	ATENDIMENTO CONTINUADO	INTEGRALIDADE	ORIENTAÇÃO FAMILIAR	ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA	ORIENTAÇÃO PROFISSIONAL
PAPS	10	4,1	10	9,4	7,1	10	8	7,7
SOL NASCENTE	7,5	5,8	9,16	9,2	8,2	7,7	4,7	5,3
DR. VITAL ROLIM	6,6	5,4	8,3	9,2	6,4	10	4,7	4,4
M ^o JOSÉ DE JESUS	10	6,2	10	9,7	8	10	8,6	6,6
JOSÉ LEITE ROLIM	8,3	5,4	8,3	9,7	6,2	10	7,5	9,4
BELA VISTA	7,5	4,1	10	9,1	6,2	8,8	8	5
MUTIRÃO I	10	5,8	8,3	8,6	6,6	10	6,6	7,6
TANCREDO NEVES	8,3	4,5	9,1	9,5	6,4	10	6,3	5,5
SIMÃO DE OLIVEIRA	10	3,6	6,6	8,1	6,6	10	4,7	5
AGROVILA	10	5	10	9,2	7,3	10	3,5	6,6
ESPERANÇA	6,6	5	5,8	8,1	5,7	7,6	6,1	6,1
FRANCISCO GONÇALVES	10	6,2	10	9,5	8,0	10	8,0	7,7
SÃO JOSÉ	8,3	2,9	7,5	9,5	8,8	10	6,6	3,6
HIGINIO DIAS	6,6	6,2	7,5	9,6	5	4,3	5	6
AMÉLIO ESTRELA	8,3	6,2	7,5	9,6	6,6	10	6,1	6,1
SÃO FRANCISCO	9,1	6,2	6,6	9,2	6,4	10	6,6	7,6
MUTIRÃO II	8,3	6,2	6,6	9,5	6,2	8,8	6,1	7,6
GESTOR MUNICIPAL I	9,1	5	10	8,6	7,6	6,6	7,5	5,3
GESTOR MUNICIPAL II	8,3	4,5	9,1	9,8	8,8	10	8,6	10

GESTOR MUNICIPAL III	9,1	4,1	10	9,6	6,6	10	8,6	7
Média geral	8,5	5,1	8,5	9,2	6,9	9,1	6,6	6,5
Desvio Padrão	1,2	0,9	1,4	0,5	1,0	1,5	1,5	1,6
CV*	13,9%	19,4%	16,6%	5,4%	14,6%	16,7%	22,9%	24,7%
Mediana	8,3	5,2	8,7	9,4	6,6	10	6,6	6,3

*CV: Coeficiente de Variação

Fonte: dados da pesquisa

Dessa forma, quando os itens que compõem o atributo “acesso” são avaliados para verificar a ocorrência da baixa orientação nesse quesito, observa-se que está relacionado com as unidades que, geralmente, não ficam abertas depois das 18 horas pelo menos um dia durante a semana (item D1; média = 0), a falta de um número de telefone da unidade durante o período de funcionamento para solicitar informações (item D2; média = 0) e a dificuldade de deslocamento até a unidade de saúde do seu território (item D3; média = 3).

Além disso, muitos usuários precisam utilizar algum tipo de transporte motorizado para chegarem à unidade (item D4; média = 4) e a maioria dos usuários perdem turno de trabalho para serem atendidos nas unidades de saúde do seu território (item D5; média = 3). Esses itens discorrem sobre as possibilidades que compõem as dificuldades de acesso por parte dos usuários sob a ótica dos gestores.

Com base nisso, a garantia do acesso universal é um dos grandes desafios para o Sistema Único de Saúde (SUS), em virtude do aumento da demanda por ações e serviços, que se reflete em toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS), na medida em que a organização da rede de forma regionalizada e hierarquizada exige formulação e gestão de fluxos de cuidado (CALDAS, 2019).

Assim, considerando que o acesso é fundamental para o alcance da qualidade nos serviços de Saúde (CUNHA, 2010), aspectos relacionados com a acessibilidade sócio organizacional referente a questões estruturais e de funcionamento logístico das unidades, assim como localização geográfica (distância da casa ao serviço, locomoção, custo da viagem) são características essenciais para alcançar a qualidade na APS (HALFOUN, 2008).

No que tange aos itens do atributo “orientação profissional” que foi classificado como baixa orientação, assim como o atributo “acesso”, constatou-se que as dificuldades estão, de forma primária, relacionadas à falta de um sistema regular de educação permanente para os profissionais da APS sobre hanseníase (item J6; média = 3,3). De forma secundária, destacou-se a insegurança dos gestores no que diz respeito à qualificação de técnicos/auxiliares de enfermagem (item J4; média = 6) e à

qualificação de agentes comunitários de saúde (item J5; média = 5,5) para atuarem nas ações de controle da hanseníase.

Sabe-se que os gestores, nesse caso, possuem um papel fundamental na APS devido à responsabilidade de liderança e coordenação que desempenham, sendo os encarregados por avaliar o nível de orientação que a APS tem desempenhado em relação às ACH e, a partir destas, implementar e motivar as devidas mudanças (BRASIL, 2017b).

Um estudo publicado em 2017, realizado no período de 1995 a 2011 em Ruanda na África Oriental, destacou que a gerência efetiva dos serviços, com uma vigilância ativa, coleta de dados, sensibilização dos agentes comunitários de saúde e vontade política foram estratégias eficazes, evidenciadas pela diminuição das taxas de prevalência e incidência de casos de hanseníase no intervalo abordado, atingindo a meta global da OMS de eliminação da hanseníase de menos de um caso para 10.000 habitantes (UWIMANA *et al.*, 2017).

Diante desse contexto, acredita-se que a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores da saúde devem ser pautadas de forma reflexiva, participativa e contínua, de acordo com as necessidades locais, dos serviços e dos usuários do sistema, fortalecendo o elo entre gestores, instituição de ensino, profissionais de saúde e a população na melhoria da qualidade do sistema de saúde e orientação profissional (FERREIRA, 2019).

Em relação a análise da precisão dos dados, foi utilizado o coeficiente de variação (CV), que constitui uma medida importante no que se diz respeito às variações dos elementos em detrimento da média obtida. Dessa forma, destaca-se a sua relevância para análise, em conjunto, da variância e amplitude do desvio padrão entre os resultados alcançados.

Assim, Gomes (1990) considerou que os coeficientes de variação são classificados como baixos, quando menor que 10%, médios entre 10 e 20%, altos entre 20 e 30% e muito altos se superiores a 30%. O CV baixo indica um grupo de dados consideravelmente homogêneo, o CV médio indica um grupo relativamente disperso e o CV alto expõe um grupo de dados que pode apresentar uma alta dispersão dos resultados e um grau de inconsistência no que diz respeito às médias e às respostas obtidas.

Destaca-se que apenas o atributo “Integralidade dos serviços” possui CV baixo, com possíveis dados homogêneos. No entanto, ao avaliar o CV dos atributos na tabela 02, é válido ressaltar que, além dos atributos “Acesso” e “Orientação Profissional”, os atributos “Porta de Entrada”, “Atendimento Continuado”, “Coordenação”, “Orientação Familiar” e “Orientação Comunitária” apresentam um coeficiente de variação acima de 10% e abaixo de 30%, sugerindo relativa dispersão de resultados em comparação com a média encontrada.

Com base nisso, é cabível analisar minuciosamente os itens que compõem esses atributos, para que possa haver a possibilidade da identificação de quais possíveis fragilidades operacionais que perpassam as ACH na APS indicadas pela dispersão dos resultados identificados frente às respostas dos gestores.

O atributo de “Coordenação” apresentou fragilidades sobre a inconsistência de um Plano Anual de trabalho da hanseníase (item G4; média = 5,4), a falta de utilização e conhecimento das diretrizes da Portaria 3.125 do Ministério da Saúde para definir as atividades a serem realizadas (item G6; média = 6,4) e das diretrizes da Portaria 594 do Ministério da Saúde sobre a atenção integral em Hanseníase nos 3 níveis de atenção à saúde (item G7; média = 6,5), a falta de conhecimento sobre a realização da pactuação da hanseníase na Comissão Intergestora Bipartite (item G8; média = 5,2), a falta de reuniões periódicas para discussão de casos da doença entre as unidades de saúde e as equipes de supervisão municipal (item G10; média = 3,7) e a ausência do recebimento de contrarreferência do paciente atendido no serviço especializado (item G14; média = 3). Além disso, constata-se a falta de confecção de calçados e palmilhas no município (itens G16; média = 0), a falta de terapia ocupacional (itens G19; média = 0) e a falta de um ambulatório de referência no município (item G24; média = 0).

No que diz respeito aos itens mais pontuados de forma negativa no atributo “Orientação Comunitária”, apresenta-se: o insuficiente conhecimento avaliado pela maioria dos gestores sobre o monitoramento dos indicadores do Pacto pela Vida e da Programação das Ações de Vigilância em Saúde (item I4; média = 4,1).

Ademais, apesar do atributo “Integralidade” possuir CV baixo (5,4%), considerado homogêneo e média geral parcial (9,2) satisfatória, em uma análise minuciosa dos itens que compõe esse atributo, destaca-se que os elementos: aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial do tabaco (item F14; média = 6,4), acompanhamento do tratamento das reações hansênicas (item F22; média = 6,2) e acompanhamento após a alta por cura (item F23; média = 6,2) apresentaram média abaixo do valor ideal quanto à orientação de gerência no serviço (valor ideal: escores iguais ou acima de 6,6), demonstrando a necessidade dessa avaliação detalhada em todos os atributos na identificação de possíveis inconsistências nas respostas prestadas.

Tabela 03 – Descrição dos escores gerais e das medidas de dispersão dos gestores entrevistados e envolvidos nas ACH do município de Cajazeiras-PB

GESTORES	ESCORE GERAL	DESVIO PADRÃO	COEFICIENTE DE VARIAÇÃO	MEDIANA
PAPS	8,2	±2,04	24,7%	8,7
SOL NASCENTE	7,1	±1,73	24,0%	7,6
DR. VITAL ROLIM	6,8	±2,08	30,3%	6,5

Mª JOSÉ DE JESUS	8,61	±1,56	18,4%	9,15
JOSÉ LEITE ROLIM	8,1	±1,65	20,4%	8,3
BELA VISTA	7,3	±2,03	28,2%	7,75
MULTIRÃO I	7,9	±1,57	19,8%	7,95
TANCREDO NEVES	7,41	±2,03	27,3%	7,35
SIMÃO DE OLIVEIRA	6,8	±2,37	34,7%	6,6
AGROVILA	7,7	±2,51	32,7%	8,25
ESPERANÇA	6,3	±1,02	16,0%	6,1
FRANCISCO GONÇALVES	8,67	±1,41	16,2%	8,75
SÃO JOSÉ	7,15	±2,63	36,9%	7,9
HIGINO DIAS	6,2	±1,68	26,8%	6,1
AMÉLIO ESTRELA	7,55	±1,48	19,7%	7,0
SÃO FRANCISCO	7,1	±1,50	21,2%	7,1
MUTIRÃO II	7,1	±1,33	18,7%	7,1
REPRESENTANTE MUNICIPAL I	7,4	±1,76	23,7%	7,55
REPRESENTANTE MUNICIPAL II	8,6	±1,79	20,7%	8,95
REPRESENTANTE MUNICIPAL III	8,1	±2,07	25%	8,85
GESTORES MUNICIPAIS	7,58	±1,81	24,3%	7,68

Fonte de informações: dados da pesquisa

Em uma análise geral, constatou-se que o escore final dos gestores do município de Cajazeiras-PB foi de 7,58, sendo considerado um serviço de gestão de alta orientação na APS, com base na padronização do PCATool-Brasil. No entanto, deve ser considerado que o escore geral favorável não reflete a realidade da operacionalização das ACH na APS do município, uma vez que observa-se uma alta discrepância ($DP = 1,81$; $CV = 24,3\%$) e heterogeneidade frente às informações prestadas.

Diante de uma análise ampla das informações prestadas pelos representantes de unidades e pelos gestores municipais, considera-se que a maioria deles apresentou uma orientação acima da média (Tabela 03), sobre as ações de controle da hanseníase diante dos atributos aplicados, com exceção da unidade Esperança que apresentou escore geral de 6,3 e da unidade Higino Dias.

No entanto, é impreterível destacar que apesar da maioria dos escores gerais apresentarem dados acima da média, o maior escore geral (8,67 - Francisco Gonçalves) evidencia que o nível de orientação e coordenação dos gestores podem ainda não ser suficientes para a realidade do município que apresenta altas taxas de coeficiente de detecção de casos e é classificado como hiperendêmico.

Somado a isso, percebe-se fragilidades pontuais que podem contribuir para essa situação hiperendêmica de casos de hanseníase. Dessa forma, é possível considerar outras avaliações que

confirme essa realidade, como a avaliação sob a ótica dos gestores da UBS São José que possui escore geral positivo ($EG = 7,15$), porém, expõe o maior valor de coeficiente de variação ($CV = 36,9\%$) e de desvio padrão ($DP \pm 2,63$) da amostra.

A UBS Simão de Oliveira também apresentou escore geral acima da média ($EG = 6,8$), mas, em contrapartida, possui um dos maiores valores de desvio padrão ($DP \pm 2,3$) e um dos maiores coeficientes de variação ($CV = 34,7\%$) dentre todas as avaliações, assim como a UBS Agrovila que apresentou um escore geral satisfatório ($EG = 7,7$), mas com alto valor de desvio padrão ($DP \pm 2,5$) e um dos maiores coeficientes de variação ($CV = 32,7\%$).

Assim, semelhante aos aspectos do escore final dos gestores do município, apesar da avaliação, pelos gestores, das ACH na APS estarem com valor geral acima da média considerado satisfatório, como a UBS São José, observa-se através das medidas de dispersão que há relativa heterogeneidade dos dados, revelando que as informações consideradas positivas ocultam as informações consideradas negativas, sendo estas potenciais para contribuir frente a realidade hiperendêmica do cenário de estudo, como, neste caso, a dificuldade do atributo “Acesso” com escore de 2,9 (Tabela 02).

A partir disso, destaca-se a necessidade, pelos gestores municipais e pelos gerentes de unidades, da identificação de forma minuciosa e da busca por resolutivas no que diz respeito a todas as vulnerabilidades que perpassam as ACH e contribuem para os índices alarmantes da doença no município de Cajazeiras - PB.

4 CONCLUSÕES

No Brasil a hanseníase mantém-se como problema de saúde pública, mesmo sendo uma doença curável, com meios para o diagnóstico precoce, tratamento eficaz e gratuito (BRASIL, 2019b). Apesar dos avanços frente ao combate da doença, o município de Cajazeiras – PB, por exemplo, é considerado com alta endemicidade da hanseníase, estando entre as cinco cidades da Paraíba com maior frequência de número de casos da doença pelos parâmetros do Ministério da Saúde (BRASIL, 2021).

O processo de adoecimento da hanseníase constitui-se num fenômeno complexo, que envolve determinações de ordem biológica, econômica, social, cultural e psicológica. Associadas à magnitude da doença e sua complexidade no campo da assistência, somam-se questões de ordem gerenciais como o processo de avaliação e monitoramento das ações desenvolvidas (ALENCAR, 2014).

Assim, a análise das ações frente ao controle da hanseníase, no contexto da gestão na atenção básica, deve ser voltada para uma avaliação dos desafios e das fragilidades que, mesmo com o estabelecimento dos pactos, o desenvolvimento de mecanismos técnicos, o esforço legal e normativo

e a atenção primária sendo a principal porta de entrada e meio de comunicação da RAS (BRASIL, 2017b), ainda há um cenário desafiador no que tange ao crescente número de casos de hanseníase notificados no Brasil e, em especial, no município de Cajazeiras-PB que resulta em uma situação de alta endemicidade.

Dessa forma, o presente estudo possibilitou um levantamento das informações no tocante à implementação, orientação e execução das políticas pelos gerentes de unidades e representantes municipais, considerando que há obstáculos evidentes que perpassam o contexto do município. Ademais, no que se diz respeito ao acesso e à orientação profissional, há a necessidade de intervenções que minimizem o impacto negativo que esses atributos evidenciaram, uma vez que apresentaram os escores mais baixos frente a orientação na APS.

Além disso, as fragilidades pontuais como, a falta de conhecimento dos pactos sobre hanseníase que são realizados ou não no município, a falta de consenso se existe ou não um fluxograma de atendimento para a doença, e a ausência de reuniões periódicas entre as equipes municipais e os profissionais da unidade para discutirem sobre os casos, dificultam os aspectos de coordenação das ações a serem executadas. Somado a isso, a dificuldade de haver um sistema regular de educação permanente para a orientação dos profissionais envolvidos nas ACH contribui para a enfraquecer a qualificação de atendimento no município,

Com base nisso, através dos dados obtidos, evidencia-se a necessidade das equipes de referência municipal e dos gerentes de unidades atuarem, em conjunto, na capacitação e na orientação dos profissionais, assim como na resolução de aspectos negativos ainda presentes no cenário de estudo, que interferem de forma negativa na gestão e na execução das medidas de combate a hanseníase. Dessa forma, vulnerabilidades no atendimento ao usuário, como a dificuldade de integralização entre o serviço de atenção primária que, geralmente, não fornece um formulário contendo todas as informações do paciente para o serviço especializado, assim como a falta da contrarreferência desse atendimento para as unidades de saúde, dificultam a manutenção do atendimento continuado.

Portanto, a realização dessa pesquisa, através da aplicação do instrumento que analisou o grau de orientação dos gestores envolvidos nas Ações de Controle da Hanseníase na Atenção Primária à Saúde, permitiu que aspectos negativos que fragilizam o processo de coordenação desses profissionais, pudessem ser identificados. Ademais, dessa forma, cabe aos gestores estimularem a construção de alternativas precisas que atenuem as dificuldades detectadas, sendo possível alcançar, dessa forma, a redução dos índices epidemiológicos da hanseníase no município de Cajazeiras-PB.

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi realizado com apoio do CNPq, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – Brasil. Logo, agradecemos ao órgão e a Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) que, através do programa PIBIC/CNPq-UFCG, possibilitaram a construção dessa pesquisa.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, O. M. Monitoramento e Avaliação em Hanseníase: desafios e perspectivas para gestão de qualidade. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. Hanseníase. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Boletim Epidemiológico, Número Especial, 2020a.

_____. Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.122, de 19 de março de 2020. Brasília: 2020b. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-1.122-de-19-de-marco-de-2021-249437397>. Acesso em: 28 jun. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN. Hanseníase - Notificações Registradas: banco de dados. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv/hanswPB.def>. Acesso em: 3 jun. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Guia prático sobre a hanseníase [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. 68 p. Disponível em: <http://www.dive.sc.gov.br/hanseníase/publicacoes/Guia-Pratico-de-Hanseníase-WEB.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2017b.

_____. Ministério da Saúde. Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública. Secretaria de Vigilância em Saúde. 1. ed. Brasília, 2016a. 60 p.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Brasília, 2016b. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade de Atenção Básica - AMAQ. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 167 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Cadernos do Morhan: filhos separados. Brasília, 2012a. Disponível em: <http://www.morhan.org.br/views/upload/cadernosmorh8.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012b. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 594, de 29 de outubro de 2010. Aprova o Serviço de Atenção Integral em Hanseníase. Brasília, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.125, de 7 de outubro de 2010. Aprova as diretrizes para vigilância, atenção e controle da hanseníase. Brasília, 2010b. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/hotsite/talidomida/legis/portaria_n_3125_hanseníase_2010.pdf. Acesso em: 14 jun. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: Primary Care Assessment Tool (PCATool). Brasília: Ministério da Saúde, 2010c. 80 p.

CALDAS, B. N. et al. Segurança do paciente e a vigilância sanitária. Rio de Janeiro: CDEAD, ENSP, Fiocruz, 2019.

CUNHA, A. B. O.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. Cadernos de Saúde Pública, v. 26, n. 4, p. 725-737, 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000400015>. Acesso em: 23 ago. 2022.

GIRÃO NETA, O. A.; ARRUDA, G. M. M. S.; CARVALHO, M. M. B.; GADELHA, R. R. M. Percepção dos profissionais de saúde e gestores sobre a atenção em hanseníase na estratégia saúde da família. Revista Brasileira de Promoção da Saúde, Fortaleza, v. 30, n. 2, 2017.

HALFOUN, V. L. R. C.; AGUIAR, O. B.; MATTOS, D. S. Construção de um instrumento para avaliação de satisfação da atenção básica nos centros municipais de saúde do Rio de Janeiro. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 32, n. 4, p. 424-430, 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022008000400003>. Acesso em: 23 ago. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Anuário estatístico do Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

LANZA, F. M. Avaliação da atenção primária no controle da hanseníase: validação de instrumentos e análise do desempenho de municípios endêmicos do Estado de Minas Gerais. 2014. 311 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

MARINHO, G. S.; LIMA, M. A. M.; PARENTE, F. A. C. Pesquisa avaliativa: base epistemológica, fundamentos, abordagens e aplicações. 2016. p. 180.

SOUSA, G. S.; SILVA, R. L.; XAVIER, M. B. Hanseníase e Atenção Primária à Saúde: uma avaliação de estrutura do programa. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 230-242, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/GbTRqtP9FmyTqxCSmVklrZG/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 11 jun. 2021.

UWIMANA, I. et al. Trends in leprosy case detection in Rwanda, 1995–2011: analysis of 17 years of laboratory. African Journal of Laboratory Medicine, v. 6, n. 1, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Diretrizes para o diagnóstico, tratamento e prevenção da hanseníase. Genebra: OMS, 2019a. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274127/9789290227076-por.pdf?sequence=47&isAllowed=y>. Acesso em: 12 jun. 2021.

_____. Global leprosy update, 2018: moving towards a leprosy free world. Weekly Epidemiological Record, Geneva, n. 94, p. 389-412, 30 ago. 2019b. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326775/WER9435-36-en-fr.pdf?ua=1>. Acesso em: 12 jun. 2021.