



ISSN: 2230-9926

Available online at <http://www.journalijdr.com>

IJDR

International Journal of Development Research

Vol. 11, Issue, 03, pp.45069-45075, March, 2021

<https://doi.org/10.37118/ijdr.21318.03.2021>



RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

QUALIDADE DA ATENÇÃO AOS CONTATOS DOMICILIARES DE PACIENTES COM HANSENÍASE EM CAPITAL HIPERENDÊMICA DO NORDESTE BRASILEIRO

*¹Kezia Cristina Batista dos Santos, ²Mara Ellen Silva Lima, ³Camiliane Azevedo Ferreira, ⁴Maria do Desterro Soares Brandão Nascimento, ⁵Dorlene Maria Cardoso de Aquino and ⁶Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa

¹Nurse. PhD student in Public Health at the Federal University of Maranhão, Department of Public Health. São Luís, Maranhão, MA, Brazil; ² Nurse at São Domingos Hospital. São Luís, Maranhão, MA, Brazil; ³Statisticat the University Hospital of the Federal University of Maranhão, São Luís, Maranhão, MA, Brazil

⁴Doctor.PhD in Medicine. Teacher, Department of Adult Health, Federal University of Maranhão. São Luís, Maranhão, Brazil; ⁵Nurse. PhD in Human Pathology. Teacher, Department of Nursing, Federal University of Maranhão. São Luís, Maranhão, Brazil; ⁶Nurse. PhD in Biotechnology. Teacher, Department of Nursing, Federal University of Maranhão. São Luís, Maranhão, Brazil

ARTICLE INFO

Article History:

Received 10th December, 2020

Received in revised form

14th January, 2021

Accepted 24th February, 2021

Published online 15th March, 2021

Key Words:

Hanseníase;
Monitoramento Epidemiológico;
Busca de Comunicante;
Vigilância em Saúde Pública;
Atenção Primária à Saúde.

*Corresponding author:

Kezia Cristina Batista dos Santos

ABSTRACT

Objetivo: Avaliar a qualidade da atenção aos contatos domiciliares de pessoas com hanseníase atendidos na atenção primária em capital hiperendêmica do nordeste brasileiro. Método: estudo avaliativo, transversal e quantitativo realizado com 291 profissionais da Estratégia de Saúde da Família em São Luís-Maranhão/Brasil. Resultados: a maioria dos profissionais era Agentes Comunitário de Saúde (72,1%), médicos (9,3%), enfermeiros (9,3%) e técnicos de enfermagem (9,3%), sexo feminino (86,6%), idade média de 46 anos (DP±8,3), ensino médio completo (48,2%) e contratados (73,2%). Quanto a estrutura das unidades, 54,2% possuíam kit para realização de exame dermatoneurológico e 8,3% possuíam equipe capacitada em hanseníase. Em relação às ações, a maioria dos profissionais realizavam o exame de contato na unidade de saúde (74,2%) e 54,3% no domicílio. Os profissionais (45,7%) que não realizavam o exame de contato (45,7%) justificaram não haver estrutura no serviço. As unidades de saúde apresentaram estrutura (54,1%) e processo (37,5%) inadequados e classificação precária (61,9%). Conclusão: os resultados apontaram inadequação da estrutura e processo com repercussões negativas sobre o indicador de resultado, refletindo padrões de insuficiência na qualidade da atenção aos contatos de pacientes com hanseníase no município.

Copyright © 2021, Kezia Cristina Batista dos Santos et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: Kezia Cristina Batista dos Santos, Mara Ellen Silva Lima, Camiliane Azevedo Ferreira, Maria do Desterro Soares Brandão Nascimento et al. "Qualidade da atenção aos contatos domiciliares de pacientes com hanseníase em capital hiperendêmica do nordeste brasileiro", *International Journal of Development Research*, 11, (03), 45069-45075.

INTRODUCTION

A hanseníase é uma doença crônica e infectocontagiosa, que representa grande problema para a saúde pública devido ao seu alto poder incapacitante. É considerada uma doença negligenciada, prevalente em países em desenvolvimento, cujo agente etiológico é *Mycobacterium leprae*, manifestando-se, principalmente, por meio de sinais e sintomas dermatoneurológicos: lesões cutâneas com diminuição de sensibilidade térmica, dolorosa e tátil (BRASIL, 2016, 2020). A transmissão ocorre, principalmente, pelo contato direto, íntimo e prolongado com pessoas doentes multibacilares sem tratamento, muito frequente na convivência familiar (BRASIL,

sintomas da doença pode variar de dois a sete anos após a exposição; tornando a interrupção da transmissão ainda mais desafiadora (Brasil, 2020; Schreuder; Noto; Richardus, 2016). Em áreas endêmicas a população mais suscetível consiste nos contatos familiares de casos multibacilares, seguidos de contatos extradomiciliares e de casos paucibacilares (SCHREUDER; NOTO; RICHARDUS, 2016). Visando acelerar a ação a um mundo sem hanseníase a Organização Mundial da Saúde desenvolveu a Estratégia Global para Hanseníase 2016-2020, que reafirma a meta de eliminação da doença a partir da obtenção de uma prevalência menor que 1 caso/10 mil habitantes (OMS, 2016). No âmbito nacional, o Ministério da Saúde (MS) elaborou a Estratégia Nacional para Enfrentamento da Hanseníase 2019-2022. A Estratégia Nacional se baseia na Estratégia Global e tem como objetivo geral reduzir a carga da doença no país ao fim de

2022 (BRASIL, 2020). Entretanto, apesar dos esforços e estratégias implementadas para o controle da hanseníase, o Brasil ainda mantém parâmetros que o classificam como de alta carga para a doença, sendo considerado segundo país do mundo em números absolutos de casos novos, atrás apenas da Índia, e o primeiro das Américas (SANTOS *et al.*, 2019; WHO, 2017). Somente no ano de 2018 foram notificados no Brasil 28.660 casos novos de hanseníase (BRASIL, 2020). A doença apresenta distribuição heterogênea no país, com concentração de casos novos nas regiões mais pobres (Norte, Centro-Oeste e Nordeste). O estado do Maranhão ocupou o terceiro lugar no Brasil e o primeiro na região nordeste, ficando atrás apenas de Mato Grosso e Tocantins, apresentando taxa de prevalência de 3,76/10 mil habitantes e taxa de detecção de casos novos de 44,94/100 mil habitantes (BRASIL, 2020). O município de São Luís, capital do Maranhão, possui taxa de prevalência de 5/10 mil habitantes, que é superior à da meta estabelecida, e uma taxa de detecção de 43,11/100 mil habitantes (BRASIL, 2020; MENDONÇA *et al.*, 2019). Tais dados conferem ao estado e município um caráter de hiperendemicidade, exigindo prioridades nas políticas públicas e ações de saúde que quebrem a cadeia de transmissão e que, conseqüentemente, causem impacto nos coeficientes da doença.

A vigilância e abordagem qualificada dos contatos de casos de hanseníase tem sido evidenciada por diversos estudos como a principal estratégia para redução da carga em hanseníase e para o alcance do controle da doença enquanto problema de saúde pública no Brasil (BRASIL, 2020; LOBATO; NEVES; XAVIER, 2016; ROMANHOLO *et al.*, 2017). A vigilância de contatos tem por finalidade a descoberta de casos novos entre aqueles que convivem ou conviveram, de forma prolongada, com o caso novo de hanseníase e suas possíveis fontes de infecção no domicílio (familiar) ou fora dele (social). Recomenda-se, portanto, a avaliação dermatoneurológica pelo menos uma vez ao ano, por pelo menos cinco anos, de todos os contatos domiciliares e após esse período esses contatos deverão ser esclarecidos quanto à possibilidade de surgimento, no futuro, de sinais e sintomas sugestivos de hanseníase (BRASIL, 2016). O Ministério da Saúde define contato domiciliar toda e qualquer pessoa que resida ou tenha residido com o indivíduo com hanseníase, independente da classificação operacional e tempo de convívio; e contato social, qualquer pessoa que conviva ou tenha convivido em relações familiares ou não, de forma próxima e prolongada, incluindo vizinhos, colegas de trabalhos e de escola, entre outros, que também devem ser investigados de acordo com o grau e tipo de convivência (BRASIL, 2016). Estudos já evidenciaram que os contatos domiciliares de casos de hanseníase multibacilares (formas dimorfa e virchowiana) apresentam risco de serem acometidos pela doença 3,8 a 14 vezes maior do que a população geral, em contrapartida, os contatos de casos PB (formas indeterminada e tuberculoide) apresentam risco 2 vezes maior de adoecimento (GOULART *et al.*, 2008; HACKER *et al.*, 2012). Neste sentido, uma assistência de qualidade deve ser prestada a esta população com intensificação das ações de controle da hanseníase (ACH) pelos profissionais que atuam nos serviços de saúde em todos os níveis de atenção, principalmente na Atenção Primária à Saúde, visando a detecção precoce de casos novos entre os contatos do caso índice e implementação de medidas preventivas, a fim de contribuir para o rompimento da cadeia de transmissão da doença (GOULART *et al.*, 2008; ROMANHOLO *et al.*, 2017). No Brasil, a integração das ACH na Estratégia Saúde da Família (ESF) ocorreu em 1994 e representou uma importante estratégia adotada pelo Programa Nacional de Controle da Hanseníase para a redução significativa da carga da doença e interrupção da cadeia de transmissão (OPROMOLLA; LAURENTI, 2011). Entretanto, diversos estudos apontam que os municípios brasileiros ainda enfrentam dificuldades de ordem técnica, administrativa e operacional no desenvolvimento das ACH, principalmente relacionado à inaptidão dos profissionais para realização do diagnóstico e tratamento, realização da busca ativa dos contatos, vigilância epidemiológica e ações voltadas para educação da população, assim como, inexistência e/ou fragilidade de instrumentos de avaliação apropriados e análise sistemática na rotina dos serviços, especialmente no âmbito municipal, com forte impacto sobre a eficiência e efetividade do programa (MENDONÇA *et al.*, 2019;

SOUSA; VANDERLEI; FRIAS, 2017; TANAKA; TAMAKI, 2012). O modelo de avaliação da qualidade desenvolvido por Donabedian (1988) é amplamente aceito e divulgado em virtude de sua compatibilidade e utilidade para os programas de saúde. Considera como componentes fundamentais, a tríade: estrutura, processo e resultado. A estrutura avalia as características dos recursos que se empregam na atenção à saúde. O processo contempla as atividades ou ações dos profissionais de saúde que compõem a atenção à saúde. Já o resultado corresponde ao produto final da assistência prestada, aos efeitos e conseqüências das intervenções (DONABEDIAN, 1988). Estudos avaliativos, contribuem para o aperfeiçoamento das intervenções ou sobre qualquer um de seus componentes, auxiliando o processo de tomada de decisão, sendo um importante instrumento para identificação de problemas e proposta de soluções, constituindo-se uma ferramenta de planejamento e gestão fundamental para avaliação dos programas de saúde (SOUSA; VANDERLEI; FRIAS, 2017; TANAKA; TAMAKI, 2012). Neste sentido o objetivo deste estudo foi avaliar a qualidade da atenção aos contatos domiciliares de pessoas com hanseníase atendidos na atenção primária em capital hiperendêmica do nordeste brasileiro.

MATERIALS AND METHODS

Trata-se de um estudo avaliativo, transversal e quantitativo, realizado em 24 unidades básicas de saúde (UBS) localizadas em 6 distritos sanitários, com Programa de Controle da Hanseníase (PCH) no município de São Luís do Maranhão, Brasil, no período de janeiro a julho de 2019. O município foi selecionado por ser hiperendêmico para hanseníase, sendo um dos 253 municípios brasileiros prioritários para vigilância em hanseníase pelo MS (BRASIL, 2013). Sua população é composta por 1.014.837 habitantes, sendo 474.995 homens e 539.842 mulheres, dos quais 958.522 residentes em área urbana e 56.315 na área rural. Possui Índice de Desenvolvimento Humano Municipal de 0,768. A taxa de mortalidade infantil média é de 17,36 para 1.000 nascidos vivos. O município apresenta taxa de analfabetismo de 2,6% e taxa de desemprego em torno de 16,4% (IBGE, 2016). A rede de serviços de saúde do município conta com um quantitativo de 92 unidades do Sistema Único de Saúde (SUS) em que 54 unidades possuem o PCH implantado, destas 48 são UBS com ESF, com um total de 110 equipes da ESF cadastradas. A população foi de 1.187 profissionais da ESF com atuação nas 48 unidades de saúde que possuem a ESF e o PCH implantados. Para o cálculo da amostra utilizou-se a técnica de amostragem não probabilística estratificada com alocação proporcional. O tamanho da amostra foi calculado sendo atribuído um $\alpha=5\%$ e margem de erro de 0,05. Como a proporção era desconhecida foi atribuído um $p=0,5$ (variância máxima). A amostra foi constituída por 291 profissionais distribuídos em 4 (quatro) estratos, a saber: 27 médicos, 27 enfermeiros, 27 técnicos de enfermagem e 210 ACS. De acordo como modelo Donabedian, as variáveis relacionadas à estrutura foram: 1) recursos materiais: kit para exame dermatoneurológico (EDN), monofilamentos, fio dental, lanterna; tabela de Snellen, material informativo/educativo, livro e fichas de registro e seguimento dos casos e contatos; 2) recursos humanos: categoria profissional, tempo de formação, capacitação em hanseníase com carga horária e tempo decorrido da última capacitação; 3) organização normativa: fluxos para atendimento, protocolo de busca ativa, abordagem e seguimento de casos e contatos. As variáveis relacionadas ao processo foram: busca ativa; abordagem e seguimento de contatos de hanseníase; EDN; encaminhamento para vacinação de Bacilo de Calmette-Guérin (BCG) nos contatos; acolhimento de contatos de hanseníase e educação em saúde na UBS e território. Quanto ao resultado, utilizou-se o indicador de avaliação da qualidade dos serviços de atenção relacionado aos contatos de casos de hanseníase: “proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes”, referente ao ano de 2018. A estrutura e o processo foram avaliados de acordo com a classificação adaptada de Brandão, que considera três parâmetros de avaliação: adequado (cumprimento de 75 a 100% dos itens), pouco adequado (cumprimento de 50 a 74% dos itens) e inadequado (cumprimento de <50 dos itens) (Brandão, 2011). O parâmetro para classificação do

resultado seguiu a atual diretriz do MS, referente ao indicador “proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes” que apresenta três parâmetros de classificação: bom (90,0%), regular (75,0 a 89,9%) e precário (<75,0%) (Brasil, 2016). Para coleta de dados foram utilizados dois questionários semiestruturados, que abordavam aspectos relacionados ao perfil socioeconômico e ocupacional do profissional de saúde, bem como, os aspectos físicos, estruturais e organizacionais das unidades de saúde. Foram investigadas a disponibilidade de materiais/insumos e conformidade das ações de vigilância conforme o padronizado nas normas vigentes. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista individual e coleta de dados secundários obtidos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), em que foram identificadas informações operacionais, em relação ao indicador “proporção de contatos examinados entre os casos de hanseníase diagnosticados na coorte” referente ao ano de 2018. Os dados coletados foram inseridos em uma planilha do programa Microsoft Excel 2016 com dupla digitação para a correção de possíveis erros de digitação. Para a análise dos dados utilizou-se o R® versão 3.5.3. Na análise univariada, foram calculadas as medidas de tendência central (média e mediana) e variabilidade (mínimo, máximo e desvio padrão). Para o cálculo do indicador estrutura utilizou-se a média de respostas dos participantes para cada UBS. Calculou-se a partir dos indicadores da estrutura e processo, frequências simples e relativa para obtenção da classificação. Além disso, calculou-se o indicador de qualidade relativo ao ano de 2018, utilizando-se o TabWin 32. Os aspectos éticos foram respeitados, conforme Diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos e Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466/2012. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão com o parecer consubstanciado nº 2.508.780.

RESULTS

Participaram do estudo 291 profissionais da ESF, a maioria era Agentes Comunitário de Saúde (72,1%), médicos (9,3%), enfermeiros (9,3%) e técnicos de enfermagem (9,3%), do sexo feminino (86,6%) com idade entre 23 e 72 anos, média de 46,8 (DP±8,3) anos, 48,1% tinham ensino médio completo, 77,0% eram capacitados em hanseníase com tempo médio da última capacitação de 24,8 meses, contratados (73,2%) com vínculo temporário com médias de tempo de formação de 203,1 meses e 153,0 meses no atual serviço (Tabela 1). Quanto a caracterização da estrutura física, em relação aos recursos materiais, apenas 54,2% UBS dispõem de kit para EDN e 41,7% kit de monofilamentos para teste de sensibilidade. Quanto aos recursos organizacionais a presença de ficha específica para registro/seguimentos de contatos foi observada em 20,8% das UBS, protocolo para abordagem inicial de contatos domiciliares em 37,5%, protocolo para seguimento dos contatos em 29,2% e protocolo de busca ativa em 25,0%. Material informativo/educativo sobre hanseníase foi encontrado em apenas 37,5% das UBS e portarias ou manuais impressos somente em 25,0% das unidades. Já em relação aos recursos humanos, todas as UBS possuíam pelo menos um profissional capacitado em hanseníase, entretanto, somente 8,3% delas possuíam equipe da ESF completamente capacitada (Tabela 2). Na caracterização do processo (ações) observou-se que 89,7% profissionais relataram realizar busca ativa dos contatos de hanseníase, destes 74,2% realizavam exame de contato na UBS, e apenas 54,3% realizavam exame de contato no domicílio. A falta de estrutura foi referida por 45,7% dos profissionais para justificarem não realizar visitas. Na rotina do serviço, 80,4% dos profissionais abordavam os contatos de hanseníase na comunidade e domicílio, mas somente 77,0% realizavam acolhimento na UBS, e destes, apenas 44,4% registravam e davam seguimento aos contatos, e conforme necessidade 82,1% encaminhavam para vacinação BCG. Quanto às ações educativas desenvolvidas pelos profissionais 85,2% relataram realizar ações de educação em hanseníase na UBS e 85,6% no território adscrito (Tabela 3). Verificou-se que as UBS investigadas apresentavam estrutura inadequada (54,1%) e processo inadequado (37,5%) para a assistência aos contatos domiciliares de pacientes com

hanseníase (Tabela 4). Das 24 UBS investigadas apenas 21 unidades tinham registro de variáveis necessárias para o cálculo dos indicadores de qualidade, sendo classificadas como precárias (61,9%) e regular (14,3%) no ano de 2018. (Tabela 5).

DISCUSSION

O estudo mostrou que a maioria dos profissionais da ESF eram mulheres corroborando com pesquisa realizada no município de Serra/ES, que mostrou 91,4% de mulheres (LIMA *et al.*, 2016). Estudo realizado na cidade de Montes Claros/MG, também encontrou 80,4% dos profissionais eram do sexo feminino (MARINHO *et al.*, 2015). Os resultados desses estudos reafirmam a feminização como tendência entre as profissões da área da saúde, e por consequência, dos profissionais das equipes de saúde da família. Fatores como aumento do grau de escolaridade e diminuição das taxas de fecundidade, podem explicar o aumento da inserção feminina no mercado de trabalho formal e remunerado (LIMA *et al.*, 2016; MARINHO *et al.*, 2015). Em relação à idade dos profissionais, os resultados apontam que a média encontrada foi maior que as dos demais estudos, que destacam a idade dos profissionais entre 20 e 40 anos (MARINHO *et al.*, 2015; MOREIRA *et al.*, 2016). Quanto à escolaridade, observou-se que a maioria dos ACS tinha ensino médio completo, representando aspecto importante para melhor desempenho de suas funções e qualidade da assistência prestada. Enfatiza-se que a escolaridade pode facilitar o processo de trabalho na ESF, considerando que os ACS são importantes elos entre os serviços e a comunidade (LIMA *et al.*, 2016; MOREIRA *et al.*, 2016; PINTOM *et al.*, 2015). Quanto ao tipo de vínculo, tempo de serviço e carga horária de trabalho identificou-se os profissionais já atuam no serviço há vários anos, nos dois turnos de trabalho. Estes resultados foram semelhantes ao encontrado em pesquisa realizada com profissionais da ESF no município de Santa Cruz do Sul/RS (PINTOM *et al.*, 2015). O maior tempo de serviço e carga horária de trabalho podem proporcionar maior segurança às equipes no desempenho de suas atividades e facilitar a formação de vínculo entre os profissionais que compõem a equipe e a comunidade. O tipo de vínculo, pode ainda, gerar instabilidade profissional e favorecer a rotatividade dos trabalhadores nas equipes o que pode comprometer o planejamento das ações a longo prazo e, conseqüentemente, a qualidade da atenção à saúde (MOREIRA *et al.*, 2016).

Observou-se que a maioria dos profissionais foi capacitada em hanseníase, embora a última capacitação já tenha sido há mais de 24 meses. Estudo desenvolvido no município de São José do Rio Preto/SP, com profissionais atuantes na saúde pública acerca da atenção especializada relacionada à hanseníase, identificou que “falta de conhecimento do profissional de saúde sobre a hanseníase” foi uma das principais falas referidas pelos participantes, demonstrando que os profissionais carecem de atualização sobre o tema (GOMES *et al.*, 2014). Estudos realizados em Minas Gerais e Pará evidenciaram a importância de investimentos em treinamentos e capacitações constantes das equipes da ESF dos municípios, pois as dificuldades operacionais do PCH estão principalmente relacionadas à ausência de qualificação profissional (CARVALHO; FABRI; LANZA, 2015). Estudo realizado em 2017, com o objetivo de analisar a estrutura das 38.812 UBS brasileiras evidenciou que na região nordeste as UBS foram classificadas como regulares pela indisponibilidade e insuficiência de instalações e insumos carecendo de equipamentos básicos (BOUSQUAT *et al.*, 2017). Estudo similar realizado no Pará verificou que a estrutura das UBS com PCH implantado foi classificada entre insatisfatória e regular, demonstrando fragilidades no atendimento aos pacientes com hanseníase (SOUSA; SILVA; BRASIL-XAVIER, 2017). A descentralização das ACH representa uma estratégia fundamental para o controle da hanseníase, neste sentido, o município deve garantir que as UBS tenham sempre disponíveis os medicamentos, insumos e materiais necessários para o diagnóstico e tratamento da doença, adequando o provimento desses serviços, principalmente, nas regiões mais remotas, periféricas e de maior vulnerabilidade (BRASIL, 2016; LEAL *et al.*, 2017).

Tabela 1. Perfil sociodemográfico, de formação e ocupacional de profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família. São Luís, Maranhão, Brasil, 2019

Variáveis	n	%	\bar{x} ^a	DP ^b	IC ^c (95%)	Min-Max ^d
Categoria profissional						
Médico	27	9,3				
Enfermeiro	27	9,3				
Técnico de enfermagem	27	9,3				
Agente comunitário de saúde	210	72,1				
Sexo						
Masculino	39	13,4				
Feminino	252	86,6				
Idade			46,8	8,3	45,8-47,8	23-72
23-39 anos	52	17,9				
40-59 anos	217	74,6				
Acima de 60 anos	22	7,6				
Nível de escolaridade						
Fundamental incompleto	01	0,3				
Fundamental completo	01	0,3				
Médio incompleto	07	2,4				
Médio completo	140	48,2				
Superior incompleto	37	12,7				
Superior completo	105	36,1				
Tempo de formação (meses)			203,1	68,3	195,3-210,9	2-540
Tempo na equipe atual (meses)			153,0	80,5	143,8-162,2	0,3-408
Carga horária de trabalho			38,6	4,0	38,1-39,1	20-40
Turno de trabalho						
Manhã	15	5,1				
Tarde	09	3,1				
Manhã e tarde	267	91,8				
Tipo de contrato						
Estatutário	39	13,4				
Contratado	213	73,2				
Prestador de serviço						
Mais Médicos	10	3,4				
Capacitação em hanseníase	224	77,0				
Tempo da última capacitação (meses)			24,8	34,6	20,8-28,8	0-180
Carga horária do curso (horas)			10,0	13,6	8,4-11,6	0-120

^a \bar{x} = média, ^bDP= desvio padrão, ^cIC (95%)= intervalo de confiança, ^dMin-Max= mínima e máxima

Tabela 2. Caracterização da estrutura das Unidades Básicas de Saúde para assistência aos contatos domiciliares de pacientes com hanseníase. São Luís, Maranhão, Brasil, 2019

Variáveis	n	%
Kit para realização de exame dermatoneurológico	13	54,2
Kit de monofilamentos para avaliação de casos/contatos	10	41,7
Tabela de Snellen para acuidade visual	08	33,3
Lanterna para avaliação de olhos e nariz	11	45,8
Fio dental para teste de sensibilidade de córnea	10	41,7
Livro de registro de casos e contatos	18	75,0
Ficha específica de registro/seguimento de contatos	05	20,8
Protocolo para abordagem inicial de contatos domiciliares	09	37,5
Protocolo para seguimento de contatos domiciliares	07	29,2
Protocolo de busca ativa de contatos	06	25,0
Material informativo/educativo sobre hanseníase	09	37,5
Portaria/manuais disponíveis na unidade básica de saúde	06	25,0
Pelo menos um profissional capacitados em hanseníase	24	100,0
Equipe da Estratégia Saúde da Família capacitada em hanseníase	02	8,3

Tabela 3. Ações realizadas pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família. São Luís, Maranhão, Brasil, 2019

Variáveis	n	%
Realiza abordagem de contatos de hanseníase	234	80,4
Preenche ficha específica de registro/seguimento de contatos*	36	44,4
Realiza protocolo de abordagem de contatos*	52	64,2
Realiza protocolo de seguimento de contatos*	53	65,4
Realiza exame de contatos na unidade básica de saúde*	60	74,2
Realiza exame de contatos no domicílio das famílias atingidas*	44	54,3
Encaminha contatos para vacinação Bacilo de Calmette-Guérin	269	82,1
Realiza visita domiciliar para busca ativa de contatos	261	89,7
Realiza acolhimento dos contatos na unidade básica de saúde	224	77,0
Realiza ações educativas em hanseníase na unidade básica de saúde	248	85,2
Realiza ações educativas em hanseníase no território	249	85,6

* atribuições dos profissionais médicos e enfermeiros.

Tabela 4 . Classificação das Unidades Básicas de Saúde quanto à estrutura e processo. São Luís, Maranhão, Brasil, 2019

Variáveis	n	%
Estrutura		
Adequado	04	16,7
Pouco adequado	07	29,2
Inadequado	13	54,1
Processo		
Adequado	08	33,3
Pouco adequado	07	29,2
Inadequado	09	37,5

Tabela 5 – Classificações das Unidades Básicas de Saúde quanto ao indicador de qualidade da atenção a hanseníase São Luís, Maranhão, Brasil. 2019

Classificação	Indicador					
	Precário		Regular		Bom	
	n	%	n	%	n	%
Estrutura						
Inadequada	06	28,6	-	-	04	19,1
Pouco adequada	03	14,3	03	14,3	01	4,8
Adequada	04	19,1	-	-	-	-
Processo						
Inadequada	04	19,1	-	-	02	9,5
Pouco adequada	03	14,3	01	4,8	03	14,3
Adequada	06	28,6	02	9,5	-	-

Fichas de registro e seguimento de contatos domiciliares, protocolo de busca ativa, portaria/diretrizes e impressos não estão disponíveis em algumas unidades. O registro e acompanhamento dos contatos domiciliares de paciente com hanseníase e a utilização de protocolos/fluxos para o atendimento são preconizados pelo MS. A existência de recursos materiais, equipamentos e insumos necessários ao desenvolvimento das ações de vigilância e controle de contatos hanseníase foi considerada inadequada. O MS recomenda que estas ferramentas são essenciais para a realização do exame de contatos, utilizadas para avaliação diagnóstica e para determinar o grau de incapacidade física por meio dos testes de sensibilidade de mãos e pés e para avaliação da acuidade visual, lanterna para avaliação dos olhos e nariz e fio dental para teste de sensibilidade de córnea (BRASIL, 2016). Além da investigação epidemiológica do caso novo de hanseníase diagnosticado, é preconizado que todos os contatos domiciliares também sejam investigados e examinados. Recomenda-se, a realização da avaliação dermatoneurológica pelo menos uma vez ao ano, por pelo menos cinco anos, em todos os contatos domiciliares e após esse período esses contatos deverão ser esclarecidos quanto à possibilidade de surgimento, no futuro, de sinais e sintomas sugestivos de hanseníase (LOBATO; NEVES; XAVIER, 2016).

Dessa forma, ações como registro, abordagem, busca ativa e seguimento dos contatos devem ser estimuladas para o adequado acompanhamento, detecção, diagnóstico precoce e controle da doença entre os contatos e interrupção da cadeia de transmissão (MENDONÇA *et al.*, 2019; ROMANHOLO *et al.*, 2017). Destaca-se que apenas duas UBS apresentaram equipe da ESF completamente capacitada, e nas demais unidades foi demonstrado que a capacitação em hanseníase se concentrou nos profissionais de nível superior. Estudo realizado no município de Cocal/PI, identificou que o nível de informação sobre hanseníase entre médicos e enfermeiros foi classificado como ótimo e muito bom, mas ao avaliar os técnicos de enfermagem foi classificado como regular e muito ruim, demonstrando carência por parte desses profissionais que pode interferir na prestação de uma assistência de qualidade, pelo desconhecimento de aspectos importantes da hanseníase, como a identificação de sinais e sintomas, que podem levar ao diagnóstico precoce da doença (BRITO *et al.*, 2016). Quanto ao processo (ações) dos profissionais da ESF, a maioria afirmou realizar abordagem de contatos, acolhimento na unidade de saúde, encaminhamento para vacinação BCG e ações de educação em saúde na UBS e no território adscrito. O encaminhamento para vacinação BCG foi a ACH mais referida, principalmente pelos ACS. A manutenção da dose adicional da vacina BCG tem sido demonstrada como agente protetor da

hanseníase entre os contatos domiciliares, estando associada à potencialização da resposta imune do indivíduo infectado, principalmente, contra formas multibacilares (LOBATO; NEVES; XAVIER, 2016; ROMANHOLO *et al.*, 2017). No entanto, recente pesquisa realizada em São Luís/MA com contatos domiciliares de pacientes com hanseníase identificou na avaliação da cicatriz vacinal de BCG que a maioria não possuía registro nas fichas de acompanhamento, portanto, não foram examinados. Ao comparar a quantidade de contatos com indicativo para o encaminhamento à vacinação foi verificado que muitos não foram encaminhados para imonoprofilaxia, refletindo fragilidade da vigilância de contatos nos serviços de saúde, por realizarem de forma insatisfatória uma das medidas de controle da doença (MENDONÇA *et al.*, 2019). Destaca-se, portanto, a importância da capacitação profissional em hanseníase e ações de educação em saúde, que possibilitam a formação necessária aos profissionais considerada estratégia essencial à atenção integral, humanizada e de qualidade para a implementação de medidas de controle e prevenção da doença, tratamento oportuno, entre outras (ROMANHOLO *et al.*, 2017). A maioria dos profissionais relataram realizar o exame de contato na UBS e em menor frequência no domicílio. Entre os que não realizavam foi referido não haver estrutura no serviço. O rastreamento de contatos é um importante instrumento epidemiológico no diagnóstico de casos novos da doença, principalmente, por possibilitar a interrupção da cadeia de transmissão da doença, permitindo intervenção precoce nos casos diagnosticados, evitando a disseminação do bacilo e a instalação de incapacidades físicas e deformidades (BRASIL, 2013, 2016). Estudo realizado na Paraíba apontou que a detecção de casos por meio do exame de contatos é baixa, o que pressupõe passividade e/ou negligência dos serviços de saúde devido ao baixo investimento das equipes de UBS na busca ativa de casos (BRITO *et al.*, 2016).

Outro estudo realizado no município de Igarapé-Açu/PA, evidenciou que a maioria dos contatos registrados não foi avaliada pelos serviços de saúde (LOBATO; NEVES; XAVIER, 2016). Ratificando estes achados, estudo realizado em São Luís também identificou baixa frequência de diagnósticos por meio do exame de contato, evidenciando a necessidade de acentuação das ações de vigilância de contatos pelas equipes de saúde (MENDONÇA *et al.*, 2019). No que se refere à atribuição dos profissionais da ESF no controle da hanseníase, dentro das normativas do MS, compete apenas ao médico e ao enfermeiro a realização do EDN (BRASIL, 2016); neste estudo, porém, foi identificado que, outros profissionais considerados não habilitados (técnicos de enfermagem) para exercer essa função também realizaram, fato também evidenciado em outro estudo

(ROMANHOLO *et al.*, 2017). É necessário que cada profissional de saúde reconheça e assuma o seu papel na prevenção, vigilância e controle da doença, visto que a manutenção desta conduta pode impactar negativamente na qualidade da assistência, retardando o diagnóstico precoce, o que pode refletir no aumento da instalação de incapacidades físicas e deformidades (ROMANHOLO *et al.*, 2017). Quanto à busca ativa de contatos, foi demonstrado um expressivo número de profissionais que referiram realizá-la. Apesar de sua extrema relevância, para identificação oportuna dos casos, a busca ativa não está explícita na ficha de notificação do caso e registro/seguimentos de contatos domiciliares, impossibilitando a avaliação mais fidedigna dessa atividade realizada pelas equipes de saúde. Pesquisa realizada no Rio de Janeiro a partir de uma coorte de contatos e casos diagnosticados entre 1987-2010, demonstrou que os contatos diagnosticados por meio da vigilância ativa de contatos apresentaram formas clínicas menos graves, menores níveis de incapacidade, menor carga bacilar e prevalência de reação. Casos detectados passivamente, por demanda espontânea, tendem a ser muito mais graves, levando, assim, aos mais altos níveis de incapacidade e exigindo maiores investimentos em recursos financeiros e humanos (HACKER *et al.*, 2012).

De fato, a vigilância ativa de contatos tem sido evidenciada por diversos estudos como principal estratégia para redução da carga da hanseníase e alcance do controle da doença como problema de saúde pública no Brasil (BRASIL, 2016; LOBATO; NEVES; XAVIER, 2016; MENDONÇA *et al.*, 2019; ROMANHOLO *et al.*, 2017; SANTOS *et al.*, 2019), por acrescentar diversas vantagens diretas e indiretas para o controle da epidemia, a partir do aumento na detecção de casos adicionais, diagnóstico precoce, redução do risco de transmissão e prevalência oculta da doença. Estima-se que, para cada caso da doença, existem em média quatro contatos que convivem no mesmo domicílio. Por essa razão, para cada caso novo diagnosticado, é fundamental que todos os contatos sejam examinados, assim será possível interromper a cadeia de transmissão (BRASIL, 2016; GOULART *et al.*, 2008; HACKER *et al.*, 2012). Quanto à classificação das UBS avaliadas a maioria encontrava-se com estrutura e processo inadequados, refletindo claros padrões de insuficiência na qualidade. Estudo avaliativo desenvolvido em Recife/PE, identificou que nas dimensões estrutura e processo, com exceção dos critérios recursos humanos e espaço físico, todas as UBS foram classificadas como parcialmente adequadas ou inadequadas quando comparado às normas e metas preconizadas no nível nacional, resultado semelhante ao encontrado no presente estudo (LEAL *et al.*, 2017). Em relação ao indicador de qualidade da atenção aos contatos, o estado do Maranhão, acompanhando a tendência nacional apresentou elevação dos índices quanto a este indicador, mantendo-se como regular, ao registrar no ano de 2018, uma proporção de 85,0% de contatos examinados entre os casos de hanseníase diagnosticados na coorte. Entretanto, o município de São Luís, manteve classificação precária em toda série histórica registrada de 2002 a 2018 quanto a este indicador, não superando a proporção de 61,1% de contatos examinados entre os diagnosticados em 2018 (BRASIL, 2019). Esses dados referentes ao município podem estar relacionados à problemas de subnotificação dos casos novos de hanseníase, e consequentemente, ausência de registro dos contatos, assim como à dificuldade e ou inexistência de busca ativa de contatos pelas equipes de saúde. Destaca-se como limitações do estudo as inconsistências de informações do SINAN, devido à falta de dados registrados no boletim de acompanhamento de contatos de hanseníase e/ou seu preenchimento incompleto ou incorreto, o que impossibilitou o cálculo do indicador para algumas UBS avaliadas.

CONCLUSION

Os resultados apontaram que a atenção aos contatos domiciliares na atenção primária do município apresentou falhas operacionais devido à inadequação da estrutura e processo, com impacto negativo na qualidade da atenção aos contatos de pacientes com hanseníase. Assim, para o controle e prevenção da hanseníase, é necessário a implementação de estratégias para melhoria da qualidade da

assistência pelos profissionais da ESF, bem como mobilizar os gestores no sentido de prover as UBS insumos e materiais necessários para a prática de ações específicas. Neste sentido, reforça-se a necessidade de realização de cursos de capacitação em hanseníase em menores intervalos de tempo e que atendam toda a equipe da ESFafim de uniformizar a qualidade da assistência.

REFERENCES

- Bousquat A, Giovanella L, Fausto MCR, Fusaro ER, Mendonça MHM, Gagno J, *et al.* 2017. Structural typology of Brazilian primary healthcare units: the 5 Rs. *Cad. Saúde Pública*. 338.: e00037316. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00037316>
- Brandão PS. 2011. Assessment of quality of care for reactional states in leprosy in Primary Care: the case of AP 5.3 in the municipality of Rio de Janeiro [Internet]. 2011. [cited May 18, 2018]. 173 p. Dissertação Saúde Pública. - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011. Available from: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/24278>
- BRASIL. 2013. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Doenças Transmissíveis. Plano integrado de ações estratégicas de eliminação da hanseníase, filariose, esquistossomose e oncocercose como problema de saúde pública, tracoma como causa de cegueira e controle das geohelmintíases: plano de ação 2011-2015. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. [cited Mai 22, 2018]. Available from: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_integrado_acoes_estrategicas_hanseníase.pdf
- BRASIL. 2016. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública: manual técnico-operacional. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. [cited Mai 22, 2018]. Available from: <http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/fevereiro/04/diretrizes-eliminacao-hanseníase-4fev16-web.pdf>
- BRASIL. 2019. Ministério da Saúde. Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde. Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos da coorte. 2019 [Internet]. Disponível em: <http://sage.saude.gov.br/#>
- BRASIL. 2020. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Hanseníase [Internet]. 2020;1esp. :1-52. [cited Feb 14, 2020]. Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/boletim-epidemiologico-de-hanseníase-2020>.
- Brito KKG, Andrade SSC, Diniz IV, Matos SDO, Oliveira SHS, Oliveira MHGO. 2016. Characteristics of leprosy cases diagnosed through the exam contact. *Rev. enferm. UFPE on line*. 102.: 435-41. doi: <https://doi.org/10.5205/revol.8557-74661-1-SM1002201608>
- Carvalho APM, Fabri ACOC, Lanza FM. 2015. Integration of leprosy control activities from the perspective of health professionals. *Revenferm UFPE*. 91. 114-20. doi: 10.5205/revol.6817-60679-1-ED.0901201516
- Donabedian A. 1988. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*. [Internet]. 1988 [cited Nov 03, 2018];26012. :1743-48. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3045356>
- Gomes MP, Pinto MH, Nardi SMT, Paschoal VDA. 2014. Leprosy: view of the healthcare professional in the Collective Subject Discourse. *Rev. Bras. Pesq. Saúde*. [Internet].161. :41-48. Available from: <https://periodicos.ufes.br/rbbs/article/view/8485/5981>
- Goulart IMB, Souza DOB, Marques CR, Pimenta VL, Gonçalves MA, Goulart LR. 2008. Risk and Protective Factors for Leprosy Development Determined by Epidemiological Surveillance of Household Contacts. *Clin Vaccine Immunol*. 151. :101-105. doi: <http://dx.doi.org/10.1128/0100372-07>.
- Hacker MA, Duppre NC, Nery JAC, Sales AM, Sarno EN. 2012. Characteristics of leprosy diagnosed through the surveillance of contacts: a comparison with index cases in Rio de Janeiro, 1987-

2010. Mem. Inst. Oswaldo Cruz. 107supl.1. :49-54. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0074-02762012000900009>.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística 2016. [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2016 [cited Mai 28, 2018]. Available from: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ma/sao-luis/panorama>.
- Leal DR, Cazarin G, Bezerra LCA, Albuquerque AC, Felisberto E. 2017. Leprosy Control Program: assessment of implementation in districts. *Saúde Debate*. 41spe.: 209-228. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-11042017S16>
- Lima EFA, Sousa AI, Primo CC, Leite FMC, Souza MHN, Maciel EEN. 2016. Social and professional profile of family health care members. *Revista de Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, 24(1):9405. doi: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2016.9405>
- Lobato DC, Neves DC, Xavier MB. 2016. Evaluation of surveillance actions of household contacts of patients with leprosy in the City of Igarapé-Açu, Pará State, Brazil. *Rev Pan-AmazSaude*. 71. :45-53. doi: <http://dx.doi.org/10.5123/S2176-62232016000100006>.
- Marinho LM, Caetite LC, Lima CA, Ribeiro CDAL. 2015. Attributes of Primary Care: perspective and profile of nurses. [Internet]. *Renome*. 42. :04-18. Available from: <http://www.renome.unimontes.br/index.php/renome/article/view/90>
- Mendonça MA, Andrade YNL, Rolim ILTP, Aquino DMC, Soeiro VMS, Santos LH. 2019. Epidemiological profile of in-house contacts of leprosy cases in a Brazilian hypertendemic capital. *Rev Fun Care Online*. 114. :873-879. doi: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i4.873-879>.
- Moreira IJB, Horta JA, Duro LN, Borges DT, Cristofari AB, Chaves J, *et al.* 2016. Sociodemographic and occupational profile and evaluation of mental health disorders of employees of the Family Health Strategy in a city of Rio Grande do Sul, RS. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 1138.: 1-12. doi: <http://dx.doi.org/10.5712/rbmf.1138.967>
- Oliveira SB, Ribeiro MDA, Silva JCA, Silva LN. 2017. Evaluation of the level of information on Hansen's disease of professionals of the strategy family health. *Rev PesqSaúde*. 183. :139-143. Available from: <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/8747/5901>
- Opromolla PA, Laurenti R. 2011. Hansen's disease control in the State of São Paulo: a historical analysis. *Rev Saúde Pública*. 45(1):195-203. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011000100022>.
- Organização Mundial de Saúde. 2016. *Estratégia Global para Hanseníase 2016-2020: acelerar a ação para um mundo sem lepra*. [Internet] Geneva: OMS; 2016. [cited Mai 17, 2018]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208824/1/9789290225201-pt.pdf>.
- Pintom BK, Bisognin E, Rosa F, Maron LC. 2015. Profile of Primary Care Health of the Santa Rosa/RS. *Rev. Saúde* [Internet]. 91-2. :20-31. Available from: <http://revistas.ung.br/index.php/saude/article/view/1970/1635>
- Romanholo HSB, Souza EA, Ramos Júnior AN, Kaiser ACGCB, Silva IO, Brito AL. *et al.* 2017. Surveillance of intradomestic contacts of leprosy cases: perspective of the client in a hyperendemic municipality. *Rev. Bras. Enferm*. 71(1):163-169. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0607>
- Santos KCB, Côrrea RGCF, Rolim ILTP, Pascoal LM, Ferreira AGN. 2019. Strategies for control and surveillance of leprosy contacts: integrative review. *Saúde Debate*. 43(121):576-591. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912122>
- Schreuder PA, Noto S, Richardus JH. 2016. Epidemiologic trends of leprosy for the 21st century. *Clin Dermatol*. 34(1):24-31. doi: <https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2015.11.001>.
- Sousa GS, Silva RF, Brasil-Xavier M. 2017. Leprosy and Primary Health Care: program structure assessment. *Saúde Debate*. 41(112):230-242. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711219>
- Sousa MF, Vanderlei LCM, Frias PG. 2017. Assessment of the implementation of the Leprosy Control Program in Camaragibe, Pernambuco State, Brazil. *Epidemiol. Serv. Saude*. 26(4):817-834. doi: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742017000400013>
- Tanaka OY, Tamaki EM. 2012. The role of evaluation in decision-making in the management of health services. *Ciênc. saúde coletiva*. 17(4):821-828. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000400002>.
- World Health Organization. 2017. *Weekly epidemiological record*. [Internet] Geneva: WHO/LEP, 2017. [cited Mai 12, 2018]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255149/1/WER9217.pdf>.
