

Joan Pinton Tomaleri<sup>1</sup>  
 Susilene Maria Tonelli Nardi<sup>2</sup>  
 Gislaine Buzzini Fernandes<sup>3</sup>  
 Heloisa da Silveira Paro Pedro<sup>4</sup>  
 Vânia Del'Arco Paschoal<sup>5</sup>  
 Josimerci Ittavo Lamana Faria<sup>6</sup>

## QUALIDADE DA ATENÇÃO AS PESSOAS COM HANSENÍASE NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE

*Quality of assistance provided to people with leprosy in the public health network*

### RESUMO

O estudo avaliou os serviços de saúde na assistência à Hanseníase a partir da percepção de todos os pacientes diagnosticados em um biênio em um município com baixa prevalência e incidência da doença de acordo com parâmetros da Organização Mundial de Saúde. Os entrevistados responderam a um questionário validado para o Brasil sobre a organização e o desempenho desses serviços. Destacam-se como fatores facilitadores: porta de entrada do serviço; vínculo com os profissionais e atuação profissional. Domínios que mesclaram pontos de satisfação e insatisfação entre os entrevistados: serviços prestados durante as consultas; falta de interesse pelas condições socioeconômicas do doente e de sua família; e participação da família no tratamento. Aspectos que foram consideradas dificultadores: iniciar o acesso ao diagnóstico e ao tratamento, falta de resolutividade dos profissionais quanto aos problemas gerais de saúde, que não relacionados à hanseníase e dificuldade no acesso às especialidades médicas, ausência de visitas domiciliares e orientação à comunidade com ações de educação em saúde.

Tomaleri JP, Nardi SMT, Fernandes GB, Pedro HSP, Paschoal VD, Faria JIL. Qualidade da atenção as pessoas com hanseníase na rede pública de saúde. *Hansen Int.* 2013; 38 (1-2): p. 26-36.

**Palavras-chave:** Hanseníase; Serviços Básicos de Saúde; Administração de Serviços de Saúde; Assistência à Saúde

### ABSTRACT

This study evaluated leprosy care services from the viewpoint of all patients diagnosed during one biennium in a city with a low prevalence and incidence of the disease according to World Health Organization parameters. Leprosy patients answered a questionnaire validated in Brazil on the organization and

Artigo recebido em 28/01/2015

Artigo aprovado em 30/03/2015

- 1 Mestrado em Saúde Coletiva, Política e Gestão em Saúde-Faculdade de Ciências Médicas Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP, Campinas, Brasil .
- 2 Doutora em Ciências da Saúde - Epidemiologia - Pesquisadora Científica do Instituto Adolfo Lutz de São José do Rio Preto-SP.
- 3 Mestre em Ciências da Saúde Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP).
- 4 Doutoranda em Genética - (Pesquisador Científico do Instituto Adolfo Lutz de São José do Rio Preto).
- 5 Doutora em Ciências da Saúde Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP).
- 6 Doutora em Ciências da Saúde Faculdade de de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP).

performance of services provided. Access to services, relationship with professionals and performance of professionals were considered facilitating factors. Domains of mixed satisfaction and dissatisfaction among those interviewed were the service provided during consultations, lack of interest in the socioeconomic conditions of the patient and their family and family participation in treatment. The factors considered problematic were initial access to diagnosis and treatment, lack of determination of professionals in respect to general health problems not related to leprosy, difficulties to access medical specialties, and lack of home visits and community guidance with health education initiatives.

**Keywords:** Leprosy; Basic Health Services; Health Services Administration; Delivery of Health Care

## INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), recomenda que seja de responsabilidade dos Estados a atribuição dos papéis de normatização, avaliação e assessoria técnica, cabendo aos Municípios a organização dos serviços de atenção básica relativos a qualquer doença. Sendo assim, os Municípios devem assumir o encargo como gestores da rede básica de saúde com a competência de prestar a assistência necessária à população, inclusive aos pacientes com hanseníase<sup>1-3</sup>.

O exercício da competência local na prestação do serviço de atenção básica pelos Municípios tem como definição um conjunto de ações, de caráter coletivo ou individual, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, que é voltado para a promoção de saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação do paciente. Entretanto, essas ações não podem mais se limitar àqueles procedimentos incluídos no grupo de assistência básica da tabela do Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SIASUS), quando da implantação do piso de Atenção Básica. Torna-se cada vez mais necessário o crescimento desse conceito, para avançar na direção de um sistema de saúde centrado na qualidade de vida das pessoas e do meio ambiente em que vivem, com a continuidade do vínculo entre as equipes de saúde e os usuários.

Além disso, a atenção integral deve ter incluída em seu rol de ações alguns aspectos importantes, tais como: a qualidade da coordenação do serviço, o enfoque familiar e comunitário, o acesso do indivíduo com hanseníase ao serviço de saúde e a assistência a ele oferecida<sup>2,4,5</sup>.

Diante dessas considerações e da importância da obtenção de informações que possibilitem a realização de um diagnóstico sobre o desempenho dos serviços de saúde prestados pelos Municípios, este estudo foi desenvolvido com o objetivo de avaliar a assistência em saúde oferecida aos pacientes de hanseníase, a partir da percepção dos próprios pacientes.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de estudo descritivo realizado de maneira transversal que incluiu todos os pacientes de hanseníase tratados no Município de São José do Rio Preto/SP no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2009.

É um município que possui 408.258 mil habitantes<sup>6</sup> e que apresenta indicadores demográficos e sociais comparáveis aos de países desenvolvidos. Seu Índice de Desenvolvimento Humano, de 0,797, é considerado elevado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento<sup>7</sup>.

No local estudado, a incidência e a prevalência da hanseníase mantiveram níveis de média endêmica de no período entre os anos de 2005 e 2012, quando a detecção apresentou-se com média de 5,24 (com variações de valores entre 3,47 a 8,08). Especialmente no ano de 2007, foi alcançado o nível de eliminação da doença, de acordo com a meta estabelecida pela OMS, com o registro de menos de 10 casos para cada 100.000 habitantes<sup>8</sup>.

O serviço de atendimento à hanseníase do Município é centralizado em dois ambulatórios de referência: o Ambulatório de Dermatologia do Hospital de Base (ADHB) e o Ambulatório de Tuberculose e Hanseníase (ATH), locais eleitos para o desenvolvimento deste estudo. Esses ambulatórios realizam a confirmação diagnóstica, o tratamento, os exames, o acompanhamento, o controle de comunicantes e os encaminhamentos dos pacientes de hanseníase. Por sua vez, as 25 (vinte e cinco) Unidades Básicas de Saúde (UBS) distribuídas geograficamente pelo Município fazem unicamente a suspeição diagnóstica e a aplicação da vacina BCG nos comunicantes, quando esses não apresentarem nenhum sintoma ou sinal da doença.

A população entrevistada para este estudo foi constituída por todos os pacientes em tratamento para hanseníase no Município no período, que estavam cadastrados no banco de dados do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), que fossem maiores de 18 anos, que não possuíssem dificuldade de comunicação verbal e que aceitassem participar espontaneamente da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Todas as pessoas

que se enquadraram nesses critérios foram contatadas, para participarem deste estudo, por meio de telefone (até três tentativas), de carta (até três convocações) ou de visita domiciliar (até duas tentativas).

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi validado para o Brasil por ALMEIDA & MACINKO (2006)<sup>9</sup>, baseado no *Primary Care Assessment Tool (PCAT)*<sup>10</sup>. Esse instrumento foi adaptado para a atenção à tuberculose por Villa e Ruffino-Netto<sup>11</sup> e, posteriormente, para a hanseníase por Paschoal VDA, Nardi SMT e Faria JIL.

Essa última adaptação foi utilizada neste estudo, no qual o instrumento em questão foi composto por 82 perguntas e as respostas foram dadas de acordo com a escala do tipo likert com cinco categorias de respostas variando de muito ruim/nunca a muito bom/sempre.

As perguntas foram divididas em 11 diferentes sessões: 1) informações gerais e sociodemográficas; 2) saúde geral do caso confirmado de hanseníase; 3) porta de entrada; 4) acesso ao diagnóstico; 5) acesso ao tratamento; 6) vínculo do profissional com o usuário; 7) elenco de serviços oferecidos e prestados ao paciente com hanseníase; 8) coordenação do programa da hanseníase; 9) enfoque na família; 10) orientação para a comunidade; e 11) atuação profissional.

A fim de facilitar as respostas dos pacientes a cada uma das 82 perguntas que compunham o instrumento de coleta, foram criados cartões com variáveis de respostas que eram mostradas ao usuário para apontar aquela resposta que melhor se adequava à sua opinião. De acordo com a característica da pergunta apresentada, as respostas poderiam se enquadrar em um dos dois tipos seguintes:

- Resposta 1: 'muito ruim', 'ruim', 'regular', 'bom', 'muito bom' e 'não sabe ou não se aplica';
- Resposta 2: 'nunca', 'quase nunca', 'às vezes', 'quase sempre', 'sempre' e 'não sabe ou não se aplica'.

Posteriormente, para a análise dos dados, as respostas 'muito ruim' e 'ruim' foram categorizadas como '*insatisfatório*'; a resposta '*regular*' permaneceu assim categorizada e as respostas 'bom' e 'muito bom' foram categorizadas como '*satisfatório*'. O mesmo critério foi adotado para as respostas 'nunca' e 'quase nunca', 'às vezes', e 'quase sempre' e 'sempre', que foram categorizadas, respectivamente, em '*satisfatório*', '*regular*' e '*insatisfatório*', de acordo com o escopo de cada pergunta.

As entrevistas foram realizadas na residência do próprio paciente ou em salas reservadas existentes no ATH ou no ADHB, de tal forma que fosse possível preservar o sigilo da entrevista e evitar qualquer tipo de influência nas respostas às questões apresentadas.

Os dados obtidos com as entrevistas foram inseridos em planilha Excel e, posteriormente, analisados no programa estatístico Epi Info versão 7, que permitiu o cálculo por meio de estatística descritiva das variáveis de interesse.

Este estudo compõe o '*Projeto Mãe*' denominado '*Em busca da Pós-eliminação da Hanseníase em São José do Rio Preto- Projeto Hansen*', aprovado com parecer nº120 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP).

## RESULTADOS

Entre os anos de 2008 e 2009, 58 pacientes fizeram o tratamento de hanseníase no Município. Desse total, 34 pacientes (58,6%) consentiram em participar da entrevista, sendo excluídos 24 pacientes pelos seguintes motivos: um paciente era menor de 18 anos, um paciente apresentava deficiência mental, dois pacientes não aceitaram participar da entrevista, três pacientes foram a óbito e um paciente encontrava-se no Centro de Detenção Provisória na época das entrevistas. Além disso, não puderam ser encontrados: seis pacientes que transferiram residência para outra cidade, cinco pacientes cujos endereços eram incorretos ou inexistentes e cinco pacientes que, apesar de consentirem por telefone em participar da pesquisa, não foram localizados em suas residências no momento da coleta de dados.

### INFORMAÇÕES GERAIS E SOCIODEMOGRÁFICAS

Dos 34 doentes entrevistados, 61,8% eram do sexo masculino.

Quanto à escolaridade, 20 pessoas (58,8%) cursaram até o Ensino Fundamental, nove (26,5%) também frequentaram o Ensino Médio, duas (5,9%) conseguiram concluir o Ensino Superior e três (8,8%) não possuíam nenhuma escolaridade.

A maioria dos entrevistados possuía casa própria (64,7%), de alvenaria (97,1%) e com mais de 6 cômodos (32,4%). Água encanada, luz elétrica e televisão eram serviços e itens presentes nas residências de todos os entrevistados, sendo que 32 entrevistados (94,1%) possuíam banheiro dentro de casa e geladeira, enquanto que 20 entrevistados (58,8%) eram proprietários de veículo para transporte particular, como carro ou moto. A maioria dessas pessoas (82,4%) dividiam suas residências com outras pessoas, em um total variável de duas a quatro pessoas por residência.

## SAÚDE GERAL E PORTA DE ENTRADA

Em relação à condição de saúde, 64,7% dos entrevistados relataram que estavam bem e 29,4% deles disseram que apresentavam saúde regular nos últimos 30 dias anteriores à entrevista. Ainda desse total, 82,4% não apresentava nenhum problema que impedisse as atividades diárias devido à hanseníase, sendo que 67,6% já havia finalizado o tratamento para essa doença.

Nas entrevistas, foi relatado que a porta de entrada da UBS tem atendido de forma satisfatória o usuário que procura o serviço para tratar de 'problemas gerais de saúde' (82,3%) e também aqueles que, ao perceberem os 'primeiros sintomas da hanseníase', buscam a UBS especificamente para obter ou confirmar o 'diagnóstico de hanseníase' (64,7%) e/ou para se consultar com um profissional 'especialista' (61,8%).

## ACESSO AO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO HANSENÍASE

Em relação à procura pela UBS para efetivar o diagnóstico da hanseníase após os primeiros sintomas da doença, 79,4% dos entrevistados (27 pessoas) afirmaram que precisaram comparecer de uma a duas vezes na UBS para conseguir o diagnóstico, enquanto que, para 20,6% desse total (sete pessoas), ainda foram necessárias de quatro a mais consultas para obter esse resultado.

Como consequência, a maioria dos entrevistados (64,8%) refere que está satisfeita por ser atendida pela UBS em um prazo de até 24 horas contados a partir do momento em que sentiu necessidade de procurar o serviço de saúde por apresentar algum sinal ou sintoma da doença. Mas, apesar disso, 35,2% dos entrevistados ainda relataram que precisam aguardar um prazo maior para conseguirem uma consulta e 26,4% deles já perderam o dia de serviço ou algum compromisso esperando por uma consulta.

Ainda em relação ao tempo de atendimento, mais especificamente em relação ao centro de referência, a maioria dos entrevistados (58,9%) referiu ter que aguardar mais de 60 minutos para ser atendido nos centros de referência após a consulta já ter sido agendada.

Para obter diagnóstico e realizar o tratamento da hanseníase no ATH ou no ADHB, 79,4% dos usuários (n=27) utilizam algum tipo de transporte, sendo que 55,9% deles (n=19) precisam pagar por esse transporte. Essa situação está relacionada ao fato de que essas unidades de referência para atendimento de hanseníase estão em locais afastados da residência de 61,8% (n=21) dos pacientes entrevistados.

Por fim, em relação à disponibilização dos medicamentos necessários para a realização do tratamento da hanseníase, 97,1% dos entrevistados (n=33) disse-

ram que nunca ou quase nunca houve falta de medicação, o que os leva a declarar que estão satisfeitos em relação a esse serviço.

## VÍNCULO DO PROFISSIONAL COM O USUÁRIO

Para melhor analisar a forma como tem sido estabelecido o vínculo do profissional de saúde com o paciente de hanseníase, foram utilizadas questões que procuraram verificar se o paciente era atendido pelo mesmo profissional, a percepção do paciente sobre o entendimento de suas dúvidas pelo profissional de saúde e o tempo dispensado por esse para tanto, assim como a simplicidade e a clareza da linguagem utilizada pelo profissional e a realização ou não de registros no prontuário do paciente durante sua consulta.

A partir dessas questões, 29 pacientes (85,3%) relataram estar satisfeitos com o tratamento recebido, tendo em vista que foram atendidos sempre pelo mesmo profissional de saúde, assim como 30 usuários (88,2%) que disseram conseguir solucionar suas dúvidas sobre o tratamento da doença com o profissional que o atendeu. A anotação dessas dúvidas no prontuário do paciente foi realizada em todos os atendimentos, elemento que, juntamente com o fato de os profissionais de saúde responderem de maneira clara às perguntas realizadas (fato relatado por 91,1% dos entrevistados) e explicarem detalhes sobre os medicamentos utilizados para o tratamento da hanseníase (de acordo com a afirmação de 91,2% dos entrevistados), leva à satisfação dos pacientes em relação ao serviço de saúde prestado.

Entretanto, daqueles usuários que tiveram outro problema de saúde ou outras necessidades que não estavam relacionados à hanseníase (34 entrevistados), sete pacientes (20,5%) referiram procurar outros profissionais para os ajudarem, tais como fisioterapeuta, assistente social, igreja, vereador e psicólogo, sendo que seis pacientes (17,7%) procuraram o médico e apenas quatro (11,8%) pediram auxílio ao enfermeiro ou ao agente comunitário de saúde.

## ELENCO DE SERVIÇOS

Outro ponto sobre o qual se buscou a opinião dos pacientes entrevistados diz respeito a diferentes tipos de ações que devem ser realizadas pelos profissionais de saúde que acompanham o tratamento das pessoas com hanseníase. Os resultados obtidos estão apresentados na Tabela 1.

**Tabela 1** Distribuição percentual das respostas das pessoas com hanseníase sobre o elenco de serviços realizados nos Centros de Referência (ATH/ADHB) do Município.

ELENCO DE SERVIÇOS	INSATISFATÓRIO %	REGULAR %	SATISFATÓRIO %
<b>Serviços dos profissionais</b>			
Teste de sensibilidade nas manchas	8,8	14,7	76,5
Teste dos nervos	11,8	17,6	70,6
Exames para HIV, hepatite	55,9	2,9	32,4
Consulta mensal de controle para tratamento hanseníase	-	-	100
Visitas domiciliares durante o tratamento	91,2	2,9	5,9
Visitas domiciliares por outros motivos além da hanseníase	82,4	0	14,7
<b>Serviços de apoio</b>			
Cestas básicas ou alimentação	97,1	-	2,9
Vale transporte	94,2	2,9	2,9
<b>Serviços educativos e de integração</b>			
Informação sobre a hanseníase e seu tratamento	20,6	11,8	67,6
Educação em saúde (informação sobre outros temas de saúde)	79,4	2,9	17,7
Participação em grupos de doentes de hanseníase no ATH/ADHB	88,2	5,9	5,9

#### COORDENAÇÃO DO PROGRAMA DA HANSENÍASE

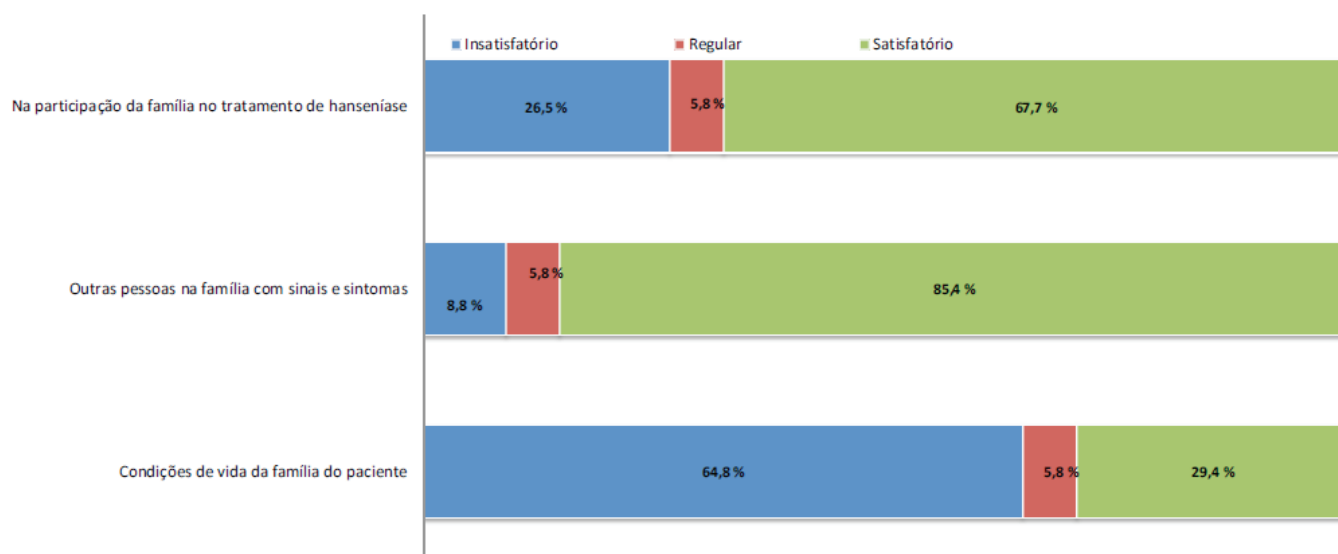
Em relação aos elementos de avaliação da coordenação dos serviços de saúde e do processo de trabalho da equipe responsável pelo tratamento de hanseníase, todos os entrevistados disseram que os agendamentos de consultas e de retornos sempre foram feitos, quando necessários. Desse total, 33 entrevistados (97,1%) afirmaram que foram avisados sobre essas consultas e retornos por meio do cartão de agendamento, sendo que o aviso por telefonema foi realizado apenas para 2,9% dos pacientes.

O encaminhamento para outros serviços de saúde ou especialista foi utilizado por 19 pacientes (55,9%), cujas respostas para as questões contempladas no instrumento indicam uma variação de 41,2 a 50% de satisfação. As questões postas sobre o tema procuraram analisar se os profissionais do serviço de hanseníase indicam aos pacientes os possíveis lugares de atendimento por especialistas, se o profissional do ATH ou do ADHB auxilia o paciente a marcar a consulta com o especialista conforme a sua necessidade e se, no caso de o agendamento efetivar-se, o usuário recebe o comprovante de que a consulta foi marcada

e se, ainda, o profissional de saúde fornece por escrito, ao paciente, as informações sobre o seu problema para que possa entregar ao especialista e, assim, melhorar a qualidade da consulta. Destacou-se pelo índice de insatisfação dos pacientes (30,8%) a questão de o profissional do centro de referência não ter interesse em saber se o paciente foi bem atendido ou não pelo especialista.

#### ENFOQUE NA FAMÍLIA

A parte específica deste estudo denominado 'Enfoque na família' procurou analisar o diagnóstico precoce dos comunicantes, o tratamento e a reabilitação dos pacientes. Para tanto, foram apresentadas aos entrevistados perguntas que indicam se os profissionais de saúde se interessam em conhecer as condições de vida da família do paciente, se procuram fornecer, para a família, informações sobre a hanseníase e sobre o tratamento que está sendo desenvolvido e se há outras pessoas na família apresentando lesões na pele com diminuição de sensibilidade térmica, dolorosa e tátil. A figura 1 mostra os resultados obtidos.



**Figura 1** Distribuição percentual das respostas das pessoas com hanseníase sobre o enfoque familiar, para esclarecimento de dúvidas dos familiares e diagnóstico precoce dos comunicantes.

A maioria dos entrevistados referiu estar satisfeito (variação de 67,7% a 85,4%) com a atuação e o interesse dos profissionais de saúde que os atendem no ATH ou no ADHB em relação às questões que envolvem seu tratamento e sua família.

Os entrevistados mostraram-se ainda insatisfeitos pelo fato de os profissionais não se envolverem com assuntos adversos à hanseníase como no que diz respeito a outros problemas de saúde do paciente ou dos demais membros de sua família (58,8%).

#### ORIENTAÇÕES PARA COMUNIDADE

Quando questionados sobre as orientações realizadas pelos profissionais de saúde para a comunidade em que vivem por meio de campanhas, propagandas e trabalhos educativos sobre a hanseníase, 16 pacientes entrevistados (47%) consideraram insatisfatória a realização dessas ações preventivas em seu Município, pois nunca tiveram acesso a esse tipo de informação. Além disso, a grande maioria dos entrevistados (85,3%) observou que os profissionais de saúde raramente solicitam a participação de alguém da comunidade para discutir o problema da

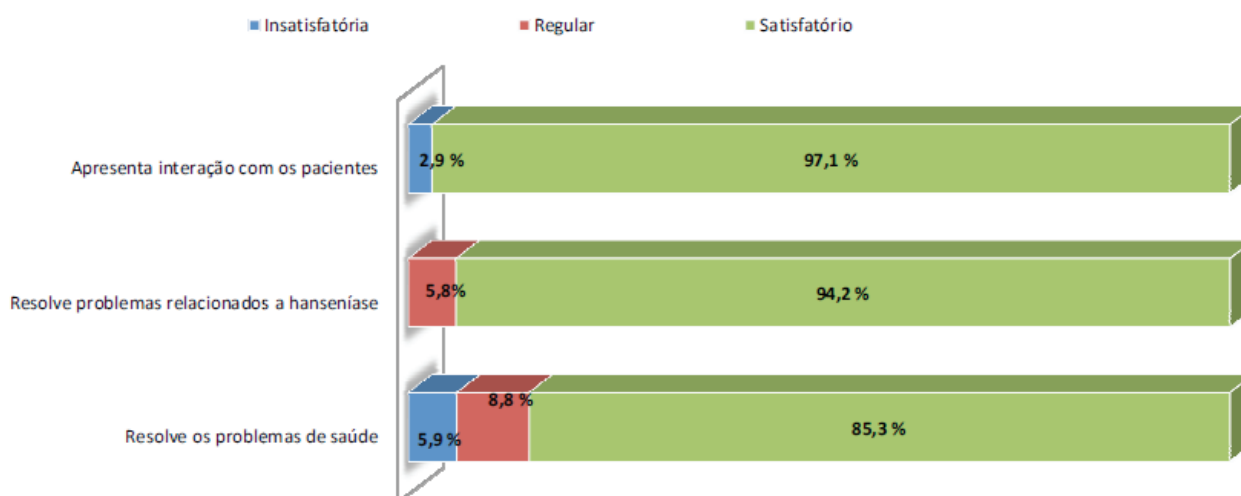
hanseníase e as possíveis ações de prevenção e tratamento da doença, o que julgaram ser uma atuação insatisfatória.

#### ATUAÇÃO PROFISSIONAL

Informações complementares dessa investigação sobre a atuação dos profissionais são contempladas no instrumento de avaliação.

Os entrevistados relataram que esses profissionais prestam atendimento aos pacientes em todos os dias úteis da semana (94,2% satisfeitos) e que nunca se sentiram rejeitados por alguém do ATH ou do ADHB pelo fato de terem hanseníase. Desta forma, a grande maioria desses pacientes (97,1%) nunca pensou em mudar o local de realização de seu tratamento em razão de algum profissional que trabalha no ATH ou no ADHB, o que leva a totalidade dos pacientes (100%) a afirmar que recomendaria o serviço prestado por esses centros de referência a algum (a) amigo (a). Esses resultados indicam o nível de satisfação dos entrevistados em relação a essas questões com variação de 85,3% a 97,1%.

## Atuação Profissional



**Figura 2** Distribuição percentual das respostas das pessoas com hanseníase sobre a atuação do profissional durante o tratamento.

## DISCUSSÃO

Uma das ferramentas destinadas a monitorar a qualidade de um serviço é o emprego de indicadores. E a elaboração desses indicadores requer clareza dos referenciais, diferentes elementos das estruturas institucionais, dos processos de trabalho e dos resultados da assistência prestada<sup>12</sup>.

Nesse sentido, os resultados mostram, neste estudo, que, entre os pacientes entrevistados, há maior frequência percentual de baixa escolaridade e gênero masculino, como também já observado em outros estudos<sup>13,14</sup>.

Sabe-se que, não apenas no caso específico da hanseníase, mas de toda doença, as unidades de atenção básica (tais como as Unidades Básicas de Saúde e as Unidades Básicas de Saúde da Família) são o primeiro local de contato dos pacientes com os serviços de saúde. Por isso, caso essas unidades não estejam reconhecidas ou habilitadas para diagnosticar adequadamente os problemas de saúde apresentados pelos pacientes, a atenção necessária para o tratamento das doenças será adiada, comprometendo o acesso ao serviço de saúde mais específico<sup>10</sup>. Por essa razão, a atenção básica aos pacientes deve ser fluida, ordenada e organizada e deve ser prestada próximo ao local de moradia<sup>15</sup>.

Sendo assim, é importante considerar que a prestação de atenção básica no Município estudado, especialmente no que diz respeito ao atendimento para as

consultas, adota o sistema de intersetorialidade, com o objetivo de evitar a migração de usuários para outras unidades que estejam em locais mais afastados de sua residência. Para a organização desse serviço de atendimento dessa forma, foram criados distritos sanitários, nos quais os moradores são cadastrados em UBS pertencentes às suas áreas de abrangências, o que facilita o acesso e o atendimento de saúde<sup>7</sup>.

Entretanto, sabe-se que a descentralização dos serviços tem sido meta para os programas pelo mundo no combate à hanseníase<sup>16</sup>, pois, em qualquer situação de epidemia, o controle requer, além de diagnóstico precoce e tratamento dos casos, efetiva vigilância dos contatos, da reabilitação e da atenção integral à saúde. Por isso, o acesso aos serviços de saúde no Município estudado poderia ser facilitado com a aplicação da descentralização na atenção básica, fazendo com que os pacientes fossem atendidos nas áreas de abrangências das unidades básicas de saúde (UBS) dos bairros<sup>17,18</sup>.

Porém, em contrapartida, estudo semelhante realizado em área metropolitana refere que os pacientes preferem tratar-se em unidade sanitária de outra área que não a próxima de sua residência, seja porque preferem cuidar-se em local onde existe um especialista, seja porque seu local de trabalho está nessa outra área ou, ainda, em virtude do estigma que a doença acarreta, o que faz com que o paciente não deseje apresentar-se como doente na unidade sanitária de seu local de residência<sup>19</sup>. Diante deste fato, há a necessidade de

avaliar o acesso e a utilização desses serviços nas diferentes localidades para gerar informações, visando o fortalecimento e a eficiência operacional dos serviços de atenção à saúde, assim como a consolidação das diretrizes de universalização, de equidade e de integralidade propostas pelo Sistema Único de Saúde<sup>20</sup>.

Os dados das entrevistas realizadas demonstraram que um percentual considerável dos pacientes de hanseníase precisou submeter-se a quatro ou mais consultas para que houvesse a suspeita do diagnóstico da doença, fato que reflete o despreparo dos profissionais da atenção básica para suspeitar de uma doença de notificação compulsória<sup>21,22</sup>. Além disso, a maioria dos pacientes utilizou veículos motorizados para poder se deslocar até a unidade de atenção básica mais próxima de sua residência, além de relatar que tiveram gastos com o transporte e, por vezes, chegou a perder o dia de trabalho para poder se consultar.

Os resultados deste estudo mostraram também que os pacientes manifestaram insatisfação nas questões que tratavam sobre a educação em saúde, a viabilização de vale-transporte e de cesta básica, a visita domiciliar e o interesse dos profissionais de saúde pela sua família. Sabe-se que essas ações são de responsabilidade da unidade de atenção básica de saúde, porém, quando um Município está em baixa endemicidade da hanseníase e o atendimento é centralizado, os profissionais da atenção básica, diante da demanda de serviço diário, tendem a deixar de lado ações importantes que o programa de prevenção e tratamento da hanseníase exige. Por outro lado, se não há um centro especializado, onde o paciente possa sentir-se seguro e amparado em relação a todos os meandros de suas doenças, também é certo que haverá perdas. Então, diante da análise de uma epidemia da doença no Município, os gestores poderão decidir por continuar com a centralização do tratamento e o acompanhamento dos doentes, em especial pela especificidade que a doença demanda, mas ainda precisarão garantir que a atenção básica e o atendimento especializado funcionem em harmonia, proporcionando ao cliente o atendimento pleno de que necessita.

No processo de adesão do paciente de hanseníase ao tratamento, a confiança estabelecida com a equipe de profissionais que o atende é fundamental e deve ser criada por meio da comunicação. Essa comunicação deve ser desenvolvida por meio de um processo de compreensão e de compartilhamento das mensagens enviadas e recebidas pelos pacientes, sendo que essas mensagens e o modo como se dá seu intercâmbio entre paciente e profissional de saúde exercem influência no comportamento dessas pessoas envolvidas nesse processo de comunicação e provo-

cam mudanças no ambiente em que a comunicação é efetuada<sup>23</sup>.

Nesse contexto, dentre os itens que compuseram o elenco de saúde deste estudo, fatores como a realização de pedidos de exames, de testes clínicos e de consultas foram avaliados como satisfatórios pelos pacientes, que, em contrapartida, entendem que as unidades de atenção básica precisam rever e ampliar a conduta de atendimento em relação à concessão de vale transporte e de cesta básica, à realização de visitas domiciliares e à promoção de educação em saúde aos pacientes e a seus familiares. Contudo, a atribuição dos centros de referências como aqueles em que os pacientes entrevistados são atendidos é a atenção secundária<sup>24</sup>, sendo que as ações acima descritas não fazem parte de suas atividades rotineiras. Entretanto, por outro lado, o fato de o atendimento ser centralizado torna necessária a criação de mecanismos de intervenção para contemplar as necessidades básicas e prover grupos de educação em saúde.

Especialmente no que diz respeito à educação em saúde, deve ser promovido um reforço com a organização de atividades em grupos, assim como a divulgação de informações sobre outros temas de saúde e sobre o tratamento de hanseníase durante todo esse processo a que o paciente é submetido<sup>25,26</sup>.

A educação em saúde, quando devidamente aplicada, amplia o conhecimento do profissional sobre a relação entre o paciente, a família e a comunidade. Ademais, colabora para a prevenção de deformidades que a doença pode acarretar, em especial quando diagnosticada tardiamente, favorecendo o autocuidado e as mudanças de hábitos, por meio de ensino e aprendizagem, num processo dialógico e problematizador<sup>27,28</sup>. Contudo, a realização de campanhas e de propagandas de prevenção da doença para a comunidade foi um item considerado insatisfatório pelos pacientes entrevistados, segundo relato de alguns pacientes *'que só começaram a prestar mais atenção neste tipo de divulgação após terem adquirido a doença'*. Em relação especificamente ao trabalho do profissional de saúde, pode-se perceber que há necessidade de avançar na articulação das práticas de educação em saúde e na reflexão sobre o cuidado ao doente<sup>25</sup>.

Por sua vez, o item *'coordenação/processo de trabalho de equipe'* da pesquisa teve como um dos focos das questões que o compuseram, o encaminhamento para especialistas de outras áreas de atuação, pois metade dos entrevistados necessitou desse serviço e relatou satisfação na forma como foram prestados. É conhecido que a superlotação dos agendamentos para consulta é um problema grave na saúde pública deste país, porém o processo que antecede o enca-



minhamento, como o agendamento, as informações sobre o estado de saúde do usuário devidamente registradas na guia de referência e de contra-referência e as orientações sobre o local e o horário de sua consulta são fatores primordiais para a satisfação do usuário<sup>24</sup>, que está em harmonia com o que foi relatado pelos pacientes entrevistados.

Em um contexto geral, a família do doente foi lembrada exclusivamente no que diz respeito à busca dos comunicantes, tanto no conhecimento dos familiares como nas medidas preventivas da doença. Porém, é sabido que um profissional que atua na saúde obrigatoriamente precisa interessar-se pelas necessidades básicas de seu paciente, pois precariedade de alimentação e condições sanitárias podem agravar o estado de saúde de um indivíduo<sup>29</sup>. Sendo assim, os resultados mostram que há necessidade de maior intervenção sobre essas questões nos serviços prestados pelas unidades de saúde em que os pacientes entrevistados são tratados.

O nível de atuação do profissional foi considerado satisfatório para a maioria dos entrevistados. Muitas vezes, fatores como a gratidão, o receio de perder o acesso ao tratamento e o contato com os profissionais faz com que os pacientes não avaliem criticamente o serviço. Em alguns pontos, houve ainda ambiguidade na satisfação dos usuários, pois, apesar de o tratamento não ser oferecido em local próximo a sua residência, acarretando gastos de tempo e com transporte, o vínculo com a equipe e a facilidade de ser atendido por equipe multiprofissional são fatores julgados como positivos no atendimento ao usuário<sup>30</sup>.

Uma das facilidades encontradas para este estudo foi a aceitação dos sujeitos em participar da entrevista. O método para a convocação dos pacientes para as entrevistas pode ter colaborado para tanto, assim como as questões do instrumento de coleta de dados, que são de fácil entendimento pelo entrevistado.

Entre as dificuldades encontradas na aplicação do questionário está o grande número de perguntas, que tornou a entrevista extensa e cansativa para os pacientes. O tempo médio gasto na aplicação do questionário foi de cerca de 40 a 60 minutos.

Embora o estudo tenha avaliado pessoas que tem ou que tiveram hanseníase em cenário limitado e que apresentam número reduzido de casos, a escuta do usuário é de grande utilidade para o entendimento da sua satisfação. Isso porque a qualidade de um serviço de saúde deve estar sempre presente e, especialmente quando o número de casos da doença está reduzido em determinada localidade, o afinamento e a melhoria do serviço de saúde prestado por suas unidades de saúde devem ser considerados como modelo a ser adotado por outras localidades, cujos servi-

ços de saúde não conseguem atingir uma qualidade melhor em razão da alta demanda de pacientes com a doença e outros agravos<sup>22</sup>. Ademais, os resultados deste estudo poderão fomentar a discussão entre os profissionais em relação às diretrizes das políticas de saúde e direcionar as ações que serão realizadas para as necessidades dos indivíduos, com vistas à melhoria da saúde pública, em especial em outros locais onde a hanseníase ainda não foi eliminada. Nesse sentido, os autores estimulam os profissionais dos serviços de saúde a criar mecanismos de medidas regulares e periódicas para avaliar a satisfação dos usuários do SUS.

## CONCLUSÃO

Este estudo avaliou, por meio de um questionário, a opinião das pessoas que tem ou tiveram hanseníase em relação ao serviço de saúde que lhe foi prestado.

A partir dos resultados obtidos, foi possível concluir que a porta de entrada nas Unidades Básicas de Saúde é satisfatória, em especial para consultas/exames preventivos para problemas gerais de saúde. Porém, alguns pacientes necessitam realizar quatro ou mais consultas para que o profissional de saúde suspeite do diagnóstico de hanseníase.

Após serem diagnosticados com a hanseníase e atendidos exclusivamente no serviço centralizado e afastado de suas residências, a maioria dos pacientes precisa pagar pelo transporte até o local de tratamento, mas não perde o dia de trabalho para a consulta e relata não haver falta de medicamentos necessários para o tratamento. Os usuários referem ter bom relacionamento com a equipe, que utiliza de linguagem simples e esclarecedora nas consultas e nas ações do tratamento e que tem resolutividade de seus problemas de saúde, exceto quando esses não são relacionados com a hanseníase.

O elenco de saúde apresenta questões negativas relacionadas à educação em saúde, seja de temas gerais ou específicos de hanseníase, haja vista que uma pequena parcela dos entrevistados recebeu alguma informação sobre a doença antes de a contraírem. Os usuários mostram-se satisfeitos quanto ao elenco de exames e testes relacionados à hanseníase, mas insatisfeitos quanto à prática das visitas domiciliares e ao interesse dos profissionais pelas necessidades e pela condição socioeconômica das suas famílias. Apesar da dificuldade de acesso às especialidades médicas, em especial nas intercorrências ocasionadas pela doença, os profissionais dos centros de referência encaminham, agendam e orientam os pacientes de maneira eficiente para a consulta a essas especialidades.

## REFERÊNCIAS

- 1 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase. Plano nacional de eliminação da hanseníase em nível municipal 2006-2010. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
- 2 Pereira AJ, Helene LMF, Pedrazini ES, Martins CL, Vieira CSCA. Atenção básica de saúde e a assistência em hanseníase em serviços de saúde de um município do estado de São Paulo. *RevBrasEnferm.* 2008;61(Esp):716-25.
- 3 Ministério da Saúde (BR). Autoavaliação para a melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: AMAQ-AB. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
- 4 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de atenção básica. Manual para a organização da atenção básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1999.
- 5 Campos CEA. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da atenção primária à saúde. *RevBras Saúde Matern Infant.* 2005;5(Supl):63-9.
- 6 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades@ [Internet]. [citado em 2014 Fev 13]. São Paulo: São José do Rio Preto; [aproximadamente 2 telas]. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=354980&search=sao-paulo|sao-jose-do-rio-preto>
- 7 Secretaria Municipal de Planejamento e Gestão Estratégica. Conjuntura econômica 2013. 28a ed. São José do Rio Preto: [editor desconhecido]; 2013.
- 8 World Health Organization. Leprosy elimination [Internet]. [citado em 2014 Jan 30]. Leprosy: global situation. 2012; [aproximadamente 2 telas]. Disponível em: <http://www.who.int/lep/situation/en/>.
- 9 Almeida C, Macinko J. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do sistema único de saúde (SUS) em nível local. Brasília: OPAS; 2006.
- 10 Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
- 11 Villa TCS, Ruffino A. Netto. Questionário para avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da TB no Brasil. *J BrasPneumol.* 2009;35(6):610-2.
- 12 Lima AFC, Kurganct P. Indicadores de qualidade no gerenciamento de recursos humanos em enfermagem. *RevBrasEnferm.* 2009;62(2):234-9.
- 13 Freitas CASL, Silva AV Neto, Ximenes FRG Neto, Albuquerque IMN, Cunha ICKO. Consulta de enfermagem ao portador de hanseníase no território da estratégia da saúde da família: percepções de enfermeiro e pacientes. *RevBrasEnferm.* 2008;61(Esp):757-63.
- 14 Duarte MTC, Ayres JA, Simonetti JP. Consulta de enfermagem: estratégia de cuidado ao portador de hanseníase em atenção primária. *Texto & Contexto Enferm.* 2009;18(1):100-7
- 15 Ministério da Saúde (BR). Cartas dos direitos dos usuários da saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
- 16 Livorato F, Oliveira IM, Abreu MH, Kumagai MT, Almeida IS, Ferreira MS, et al. Aspectos epidemiológicos da hanseníase em Uberlândia, Minas Gerais, 1973-1983. *AMB Rev Assoc Med Bras.* 1987;33(5/6):109-17.
- 17 World Health Organization. Comitê de expertos de la OMS de lepra. Genebra: OMS; 1997.
- 18 Cunha ABO, Vieira-da-Silva LM. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. *Cad Saúde Pública.* 2010;26(4):725-37.
- 19 Ferreira J. Vigilância epidemiológica em hanseníase. In: Lombardi C, coordenador. Hanseníase: epidemiologia e controle. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado; 1990. p. 33-61.
- 20 Dutra IR. Acesso e utilização aos serviços atenção primária à saúde pela população urbana no município de Jequitinhonha, Minas Gerais [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2009.
- 21 Sousa SPO, Mascarenhas MDM, Silva MCB, Almeida RAM. Conhecimento sobre doenças e agravos de notificação compulsória entre profissionais da estratégia saúde da família no município de Teresina, estado do Piauí, Brasil - 2010. *EpidemiolServSaúde.* 2012;21(3):465-74.
- 22 Ponce MAZ, Wysocki AD, Scatolin BE, Andrade RLP, Arakawa T, Ruffino A Netto, et al. Diagnóstico da tuberculose: desempenho do primeiro serviço de saúde procurado em São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2013;29(5):945-54.
- 23 Oliveira VM. Repercussões da hanseníase no cotidiano de pessoas de seus familiares [monografia]. Sobral: Universidade Estadual Vale do Acaraú; 2004.
- 24 Borghi GN, Vazquez FL, Cortellazzi KL, Guerra LM, Bulgareli JV, Pereira AC. A avaliação do sistema de referência e contra referência na atenção secundária em odontologia. *RFO UPF.* 2013;18(2):154-9.
- 25 Ferreira VA, Acioli S. O cuidado na prática do enfermeiro no campo da atenção primária em saúde: produção científica. *RevEnferm UERJ.* 2009;17(4):506-9.
- 26 Palha PF, Silva LMC, Wysocki AD, Andrade RLP, Protti ST, Scatena LM, Villa TCS. Acesso aos serviços de atenção à

- tuberculose: análise da satisfação dos doentes. *RevEscEnferm USP* [Internet]. 2012 [citado em 14 nov 2014];46(2):342-8 . Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000200011>.
- 27 Freire P. *Pedagogia da esperança, um reencontro com a pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2002.
- 28 Santos SA. Atuação do enfermeiro no controle epidemiológico da hanseníase. *RevBrasEnferm*. 1992;45(2/3):227-30.
- 29 Almeida MAB, Gutierrez GL, Marques R. *Qualidade de vida definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa*. São Paulo: EACH/USP; 2012.
- 30 Lafaiete RS, Motta MCS, Villa TCS. Satisfação do usuário com os serviços de atenção à tuberculose em Ribeirão Preto, 2008. *Cad Saúde Coletiva*. 2012;20(2):234-43.