

**CONTROLE DA HANSENÍASE NA ATENÇÃO BÁSICA EM
SAÚDE NO BRASIL: ANÁLISE DE FATORES DE ESTRUTURA E
PROCESSO DE TRABALHO**

**SÃO LUÍS, MA
FEVEREIRO – 2017**

RAFAELA DAVID BRITO PINHO

**CONTROLE DA HANSENÍASE NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE NO BRASIL:
ANÁLISE DE FATORES DE ESTRUTURA E PROCESSO DE TRABALHO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Maranhão como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof. Dr^a. Aline Sampieri
Tonello

**SÃO LUÍS, MA
FEVEREIRO – 2017**

PINHO, Rafaela David Brito

Controle da hanseníase na atenção básica em saúde no Brasil. /
Rafaela David Brito Pinho. – UFMA, São Luís, 2017.

94f.

Orientadora: Aline Sampieri Tonello

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) –

Universidade Federal do Maranhão, 2017.

1. Palavras chave: Hanseníase. Atenção Primária à Saúde. Avaliação em Saúde II. Controle da hanseníase na Atenção Básica em Saúde no Brasil: análise de estrutura e processo de trabalho.

**CONTROLE DA HANSENÍASE NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE NO BRASIL:
ANÁLISE DE FATORES DE ESTRUTURA E PROCESSO DE TRABALHO**

Rafaela David Brito Pinho

Dissertação aprovada em _____ de _____ de _____ pela banca
examinadora constituída dos seguintes membros:

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Aline Sampieri Tonello
Orientadora
Universidade Federal do Maranhão – UFMA

Prof.^a Dra. Meire Coelho Ferreira
Examinadora externa
Universidade CEUMA

Prof.^a Dra. Rosângela Fernandes Lucena Batista
Examinadora interna
Universidade Federal do Maranhão – UFMA

AGRADECIMENTOS

À Deus, o Eterno Senhor do tempo e de todas as coortes.

À Universidade Federal do Maranhão (UFMA) e ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PGSC) por possibilitar a minha formação como mestre em Saúde Coletiva.

Aos professores do PGSC por toda dedicação ao ensino e pesquisa, pelas contribuições recebidas para execução deste trabalho.

À minha orientadora, professora Aline Sampieri Tonello, por compartilhar seus conhecimentos comigo.

À Prof^a Erika Thomaz pelo suporte no desenvolvimento da análise deste estudo.

Aos meus pais, Luis Kleber e Maria da Conceição e meus irmãos, Breno e Renato, pelo amor incondicional e apoio em tudo na minha vida.

Ao meu marido, Luis Carlos Pinho, pela paciência, companheirismo e incentivo para eu iniciar e concluir o mestrado. Muito obrigada por todo amor e compreensão.

A todos os professores e funcionários do programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva-UFMA, pela contribuição com o meu crescimento profissional e concretização deste projeto de vida.

Aos meus colegas de turma de 2015 do Mestrado/Doutorado. Aprendi muito com eles.

À Fundação de Amparo à Pesquisa e ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Maranhão pelo incentivo e apoio financeiro.

*"Meu cavaquinho, encordado, foi
pendurado pois não posso mais tocar/
Ao perceber que meu tato eu perdia,
duas lágrimas rolaram/
lá se foi minh'alegria".*

Paulo Luiz Domingues
(Músico, professor, sequelado pela hanseníase)

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Modelo explicativo do coeficiente de prevalência de hanseníase.	26
Quadro 1 - Descrição das variáveis independentes e dependentes, fontes de coleta, ano e respostas possíveis..	28

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características descritivas das variáveis independentes nos quatro níveis de análise e do desfecho em 5565 municípios brasileiros.PMAQ-AB, ciclo 1. 2012.....	54
Tabela 2 - Análise não ajustada e ajustada dos fatores associados ao coeficiente de Detecção de hanseníase no nível intermediário 2 e bloco proximal.Brasil, 2012	55

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ANS	Agência Nacional de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
EAB	Equipe de Atenção Básica
EACS	Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
ESF	Estratégia da Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PMAQ-AB	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNCH	Programa Nacional de Controle da Hanseníase
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PSF	Programa de Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
RP	Razão de Prevalência
WHO	World Health Organization
DAB	Departamento de Atenção Básica
PQT	Poliqumioterapia
TDO	Tratamento Diretamente Observado

PINHO, Rafaela David Brito. **CONTROLE DA HANSENÍASE NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE NO BRASIL: ANÁLISE DE FATORES DE ESTRUTURA E PROCESSO DE TRABALHO.** 2017, Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 94p.

RESUMO

Introdução: Apesar dos avanços dos últimos anos, o Brasil ainda ocupa a segunda posição em números de casos novos de hanseníase. A taxa de prevalência de hanseníase caiu nos últimos 10 anos. Porém, existem regiões brasileiras onde esse indicador ainda está elevado. Políticas brasileiras foram instituídas para apoiar o alcance da meta da Organização Mundial Saúde fundamentando que as ações deveriam ser ampliadas para toda a rede básica de saúde. **Objetivo:** Analisar a associação de características da estrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e do processo de trabalho das Equipes de Atenção Básica (EAB) com o coeficiente de detecção de hanseníase no Brasil. **Métodos:** Trata-se de um estudo ecológico. Foram analisados dados de municípios brasileiros relativos a características de estrutura de UBS e de processo de trabalho das EAB. Os dados foram coletados de banco de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, do primeiro ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Foi considerado o coeficiente de detecção de hanseníase de 2012 como variável desfecho. Estimaram-se as associações por meio razão de prevalência (RP) em regressão de Poisson inflacionada de zero (ZIP) e respectivos intervalos de confiança a 95% (IC95%), com abordagem hierarquizada em quatro blocos ($\alpha=5\%$). **Resultados:** Na análise ajustada as variáveis que apresentaram associação significativa com um maior coeficiente de detecção de hanseníase foram: disponibilidade de kit de monofilamentos (RP:1,60; IC95%:1,38-1,84), de vacina BCG (RP:1,15; IC95%: 1,02-1,32), de Tratamento Diretamente Observado - TDO (RP:1,39; IC95%: 1,15-1,70), horário mínimo de funcionamento (RP:1,20;IC95%: 1,01-1,43), busca ativa dos faltosos do TDO (RP: 0,82;IC95%:0,70-0,97) e ações educativas para hanseníase (RP:1,33;IC95%1,11-1,61). **Conclusões:** Os municípios com UBS em melhores condições quanto aos materiais e ao processo de trabalho das EAB, relacionadas ao controle da hanseníase, possuem maior detecção de casos da doença, supostamente pelo maior acesso da população ao serviço de saúde.

Palavras-chave: Hanseníase. Atenção Primária à Saúde. Avaliação em Saúde.

BRITO, Rafaela David. **CONTROLE DA HANSENÍASE NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE NO BRASIL: ANÁLISE DOS FATORES DE ESTRUTURA E PROCESSO DE TRABALHO.** 2017, Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 94p.

ABSTRACT

Introduction: Despite advances in recent years, Brazil still ranks second in numbers of new cases of leprosy. The prevalence rate of leprosy has dropped in the last 10 years. However, there are Brazilian regions where this indicator is still high. Brazilian policies were instituted to support the achievement of the goal of the World Health Organization, stating that actions should be expanded for the whole basic health network. **Objective:** To analyze the association of characteristics of the structure of the Basic Health Units (BHU) and the work process of the Primary Care Teams (EAB) with the coefficient of detection of leprosy in Brazil. **Methods:** This is an ecological study. We analyzed data from Brazilian municipalities related to UBS structure characteristics and EAB work process. Data were collected from a secondary database of the Brazilian Institute of Geography and Statistics, the United Nations Development Program, the Department of Information Technology of the Unified Health System, the first cycle of the Program for Improving Access and Quality of Basic Care (PMAQ-AB) and the Notification of Injury Information System (SINAN). The 2012 leprosy detection coefficient was considered as the outcome variable. Associations were estimated by means of prevalence ratio (RP) in inflated Poisson regression of zero (ZIP) and respective 95% confidence intervals (95% CI), with a hierarchical approach in four blocks ($\alpha = 5\%$). **Results:** In the adjusted analysis, the variables that showed a significant association with a higher leprosy detection coefficient were: availability of monofilament kit (RP: 1.60, 95% CI: 1.38-1.84), BCG vaccine (RP : 1.15, 95% CI: 1.02-1.32), Directly Observed Treatment (RP: 1.39, 95% CI: 1.15-1.70), minimum time (RP: 1.20, 95% CI (PR: 0.82, 95% CI: 0.70-0.97), and educational actions for leprosy (RP: 1.33; 95% CI: 1.01-1.43); , 11-1,61). **CONCLUSIONS:** The municipalities with UBS in better conditions regarding the materials and the work process of the EAB, related to the control of leprosy, have a greater detection of cases of the disease, supposedly due to the greater access of the population to the service of health.

Key-words: Leprosy. Primary Health Care. Health Evaluation.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	OBJETIVOS	15
2.1	Geral.....	15
2.2	Específicos.....	15
3	REFERENCIAL TEÓRICO	16
3.1	Aspectos epidemiológicos da hanseníase.....	16
3.2	Atenção Primária à saúde e o Programa de Controle de Hanseníase	18
3.3	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)...	21
4	MÉTODOS	24
4.1	Delineamento do estudo.....	24
4.2	Local e população do estudo.....	24
4.3	Procedimentos de coleta de dados.....	25
4.3.1	Trabalho de campo do PMAQ-AB.....	25
4.3.2	Coleta dos demais dados secundários	25
4.4	Variáveis do estudo	25
4.4.1	Variáveis sociodemográficas	27
4.4.2	Variáveis de cobertura de programas assistenciais	27
4.4.3	Variáveis do serviço de saúde	27
4.4.4	Variável dependente	28
4.5	Análise Estatística	30
4.6	Aspectos Éticos	31
5	RESULTADOS.....	32
5.1	Artigo.....	33
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	56
	REFERÊNCIAS.....	57
	ANEXO A – QUESTIONÁRIO MÓDULO I DA AVALIAÇÃO EXTERNA DO PMAQ-AB.....	63
	ANEXO B – QUESTIONÁRIO MÓDULO II DA AVALIAÇÃO EXTERNA DO PMAQ-AB.....	72

ANEXO C – OFÍCIO DO COMITÊ DE ÉTICA DA UNIVERSIDADE DE PELOTAS (UFPEL)	85
ANEXO D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	86
ANEXO E – NORMAS PARA SUBMISSÃO DE ARTIGOS NA REVISTA DE CIÊNCIA E SAÚDE COLETIVA	87

1 INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa, causada pelo *Mycobacterium leprae*, que acomete principalmente os nervos periféricos e a pele. Possui evolução lenta e apresenta-se de várias formas, podendo gerar incapacidades físicas e deformidades se não tratada na fase inicial (AVANCINI e TRINDADE, 2016). O tratamento é eficaz e gratuito na Atenção Básica à Saúde. Constitui uma doença de notificação compulsória em todo território nacional e de investigação obrigatória (BRASIL, 2010a).

No entanto, a hanseníase é considerada uma doença tropical negligenciada, pois persiste endêmica (mais de 1 caso para cada 10 mil habitantes) quase exclusivamente em populações em condição de pobreza nos países em desenvolvimento, mesmo após a introdução do tratamento eficaz e gratuito há mais de 3 décadas (WHO, 2012). Apesar de ser mais predominante em países tropicais e subtropicais, não se pode correlacioná-la com o clima, pois antigamente ela era mais prevalente em países frios (MARGARIDO e RIVITTI, 2005).

Mesmo com os avanços dos últimos anos, o Brasil ainda apresenta altos indicadores de hanseníase. E em 2012, ocupou a segunda posição em números de casos novos de hanseníase, com 33.303, correspondendo a 14,3% (WHO, 2016). A taxa de prevalência de hanseníase no Brasil caiu 65% nos últimos 10 anos, passando de 4,33, em 2002, para 1,51/10 mil habitantes, em 2012. A queda é resultado das ações de combate à doença, intensificada nos últimos anos. Porém, existem regiões brasileiras onde esse indicador está acima de 3 casos por 10.000 habitantes (BRASIL, 2014a).

Esse declínio ocorreu principalmente pelas ações de combate à doença intensificada nos últimos anos que tiveram como base novas formulações de políticas públicas com o intuito de apoiar o alcance da meta da OMS (menos de um doente para cada 10.000 habitantes), fundamentando que as ações deveriam ser ampliadas para toda a rede básica de saúde, promovendo a descentralização das atividades (BRASIL, 2006).

Estudos evidenciam que nações com sistema de saúde centrados na APS obtêm melhores resultados na evolução dos indicadores de saúde (STARFIELD, 2002; SANTOS, ANDRADE, 2012).

Com o objetivo de melhorar os indicadores de saúde da população brasileira, o Programa Nacional do Controle de Hanseníase foi incorporado pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) do MS em 2000, com a função de organizar e normatizar as ações da atenção básica (SOUSA et al., 2000). Um fator determinante para a integração das Ações de Controle da Hanseníase na APS foi a descentralização do sistema de saúde com a implantação da ESF (DE FARIA GROSSI, 2008).

O processo de descentralização das ações de controle da hanseníase para as unidades da ESF veio para atender às exigências das políticas de melhoria de acesso, resolutividade e superação das desigualdades que afetam a condição de saúde da população. Apesar da descentralização das ações colocar as equipes das unidades básicas e de saúde da família como pilares para a melhoria da qualidade da assistência e para o real controle da endemia, pesquisas evidenciam falhas na atuação das equipes (DESSUNTI, 2008; LANZA e LANA, 2011a).

Visando o aprimoramento da Atenção Primária em Saúde, em 2011 o Ministério da Saúde criou o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). O PMAQ é um programa de âmbito nacional que tem como objetivo promover a melhoria do acesso e da qualidade da atenção à saúde; composto por quatro fases: (1) Adesão e contratualização; (2) Desenvolvimento; (3) Avaliação externa; e (4) Recontratualização. A terceira fase do programa, avaliação externa, inclui um conjunto de ações direcionadas para a averiguação das condições de acesso e de qualidade das EAB participantes (BRASIL, 2012c).

Considerando que a hanseníase ainda é caracterizada como um problema de saúde pública e ocorre de forma heterogênea entre os municípios do Brasil e que a Unidade Básica de Saúde (UBS) é o local prioritário de atuação das equipes de Atenção Básica (EAB) no controle da hanseníase; considerando ainda que a taxa de detecção é função da incidência real de casos e da agilidade diagnóstica do sistema de saúde (PENNA, 2008), torna-se de suma importância verificar a relação entre coeficiente de detecção de hanseníase e características estruturais das UBS e do processo de trabalho das EAB.

Acredita-se que os resultados desta pesquisa poderão contribuir para a melhoria das estratégias de controle da hanseníase, tornando-as mais específicas e apropriadas por meio do fortalecimento da atenção básica, resultando em melhores indicadores da doença. Além disso, investigações dessa natureza podem influenciar na tomada de decisões no contexto

político, econômico, social e profissional. Vale destacar ainda, que até o presente momento, desconhece-se a existência de estudos que tenham abordado tais associações a nível nacional.

A redução da relação entre a taxa de detecção e a incidência real resulta em aumento da prevalência oculta, a maior responsável pela transmissão da doença. Assim, a redução da transmissão da hanseníase pressupõe a redução da prevalência oculta através de detecção ágil, que reduza a duração da doença anterior ao diagnóstico (PENNA, 2008).

Esse estudo teve a seguinte hipótese: melhores condições relacionadas à estrutura das UBS e processo de trabalho das EAB aumentam o número de casos diagnosticados.

Nesse sentido, este trabalho teve como objetivo descrever a estrutura das UBS e o processo de trabalho das EAB no controle da hanseníase, buscando analisar a associação dessas características com o coeficiente de detecção de hanseníase no Brasil.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar a associação de características da estrutura das UBS e do processo de trabalho das EAB com o coeficiente de detecção da hanseníase no Brasil.

2.2 Específicos

Caracterizar os municípios brasileiros quanto aos indicadores socioeconômicos e demográficos;

Descrever a estrutura das UBS e o processo de trabalho das EAB na atenção à hanseníase;

Identificar fatores de estrutura das UBS e de processo de trabalho das EAB associados à detecção de hanseníase.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Aspectos epidemiológicos da hanseníase

Em 2012, o Brasil foi responsável por 33.303 (14,3%) casos novos de hanseníase entre os 232.857 casos novos detectados no mundo. É o segundo país em números de casos novos de hanseníase, perdendo apenas para a Índia, que teve 126.800 casos novos (WHO, 2016). Um estudo de geoprocessamento dos casos notificados no Brasil entre 2007 e 2009 delimitou a existência de 26 clusters correspondentes às áreas de maior risco. De acordo com esse panorama, a hanseníase ainda se configura como um problema de saúde pública (BRASIL, 2015a). O Maranhão foi o segundo estado da federação brasileira em número de casos confirmados em 2012, com 4.747, ficando atrás do Pará, com 4.784 casos (BRASIL, 2015a).

No Brasil, no período de 2003 a 2012, houve redução de 66,6% do coeficiente de prevalência de hanseníase. Em 2012 esse indicador foi de 1,51 casos por 10 mil habitantes, correspondendo a 29.311 casos em tratamento. Entretanto, a prevalência de hanseníase ainda apresenta importantes variações regionais e estaduais. As regiões e estados do Sul e Sudeste (exceto Espírito Santo) apresentam níveis de eliminação da doença. As unidades da federação das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, (exceto Rio Grande do Norte e Distrito Federal) ainda possuem coeficientes elevados, sobretudo nos estados do Mato Grosso, Tocantins, Maranhão, Rondônia e Pará (BRASIL, 2015a).

Em 2012, o coeficiente de detecção foi de 19,74/100 mil habitantes na população em geral. Em menores de 15 anos, o coeficiente foi de 4,81/100 mil habitantes, redução percentual acumulada de 40% na comparação com o período de 2003 (7,98/100 mil habitantes) a 2012. Cinco estados apresentam coeficiente de prevalência acima de três casos por 10 mil habitantes (Mato Grosso, Tocantins, Maranhão, Pará e Rondônia) e três estados a menor taxa de prevalência (Rio Grande Sul com 0,12/10 mil habitantes; Santa Catarina 0,29/10 mil e São Paulo 0,34/10 mil) (BRASIL, 2014b).

Em 2013, foram detectados 31.044 casos novos e a prevalência de 1,42 casos por 10 mil habitantes (WHO, 2016). Entre os casos novos, 7,3% foram diagnosticados apresentando grau 2 de incapacidade, revelando prevalência oculta da hanseníase, e 7,8% foram detectados em menores de 15 anos, indicando transmissão recente por foco de infecção ativa e alta endemicidade (AVANCINI e TRINDADE, 2016).

Ainda que o Brasil registre um importante decréscimo nas taxas de prevalência e de detecção de casos novos de hanseníase, os níveis de magnitude da doença, segundo as regiões geográficas, demonstram a necessidade de se dar continuidade à execução de atividades que impactem a transmissão da doença, de modo a atingir a recomendação da OMS, taxa inferior a 1 caso/10.000 habitantes em cada município (PEREIRA, 2011). De acordo com Santos, Castro e Falqueto (2008), a dificuldade no alcance da meta de eliminação da hanseníase pode estar relacionada à própria particularidade da endemia local, como a existência de conglomerados populacionais com níveis de transmissão elevados, hábitos de vida de cada território e as condições sanitárias e econômicas, fatores estes que contribuem para persistência da doença.

A distribuição geográfica da doença no Brasil é estudada, geralmente, por suas macrorregiões e Estados, o que dificulta o conhecimento sistematizado de sua distribuição espacial. Com a implantação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) pelo Ministério da Saúde (MS), coadministrado pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS) e Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus/MS), em processo de gradual aperfeiçoamento, atualmente, é possível desenvolver explorações detalhadas de doenças em diferentes escalas geográficas (MAGALHÃES, 2007).

O diagnóstico dos casos de hanseníase é feito por meio da busca sistemática de doentes; investigação epidemiológica de contatos; exame de coletividade, com inquéritos e campanhas; exame das pessoas que demandam espontaneamente os serviços gerais de unidade de saúde, por motivos que não sinais e sintomas dermatológicos ou neurológicos; exame de grupos específicos, em prisões, quartéis, escolas, de pessoas que se submetem a exames periódicos, entre outros; mobilização da comunidade adscrita à unidade, principalmente em áreas de alta magnitude da doença, para que as pessoas procurem os serviços de saúde sempre que apresentarem sinais e sintomas suspeitos. O exame dermatoneurológico para o diagnóstico de hanseníase deve ser realizado em todas essas situações (BRASIL, 2015a).

Para que o diagnóstico da hanseníase seja feito precocemente, a população necessita conhecer os sinais e sintomas da doença e deve estar informada sobre a cura, e tratamento desta doença e estar motivada a buscá-los nas unidades de saúde de seu município (BRASIL, 2010b). O diagnóstico da hanseníase é essencialmente clínico e epidemiológico; os exames complementares podem auxiliar na classificação e diagnóstico, entretanto, exames negativos não são suficientes para afastar a hipótese de hanseníase (AVANCINI e

TRINDADE, 2016). O esquema terapêutico utilizado é a poliquimioterapia (PQT) (BRASIL, 2009).

3.2 Atenção Primária à Saúde e o Programa de Controle de Hanseníase

A Atenção Primária em Saúde (APS), também denominada Atenção Básica (AB) é entendida pelo Ministério da Saúde como um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação de uma população específica em um território definido (BRASIL, 1998). As Unidades Básicas de Saúde (UBS) são o local prioritário de atuação das equipes de APS e são consideradas a porta de entrada dos usuários no SUS. Assumem, portanto, a responsabilidade sanitária e o cuidado destas pessoas, e trabalham considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Desse modo, desenvolve-se uma Atenção Básica em Saúde com alto grau de descentralização e profunda capilaridade no território nacional, o que a deixa sempre mais próxima ao cotidiano das pessoas (BRASIL, 2012a).

Dentro dessa perspectiva, o Ministério da Saúde criou, na década de 1990, o Programa de Saúde da Família (PSF), atualmente nomeado Estratégia da Saúde da Família (ESF), como uma tentativa de transformar o modelo de atenção à saúde no Brasil, buscando provocar reflexões e mudanças nas instituições, nos padrões de pensamento e comportamento dos profissionais e cidadãos brasileiros (FERNANDES e SECLLEN-PALACIN, 2004).

A Estratégia da Saúde da Família configura-se como a principal modalidade de atuação da Atenção Primária em Saúde. Seus princípios incluem: atuação no território através do diagnóstico situacional, enfrentamento dos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, integração com instituições e organizações sociais e espaço de construção da cidadania (STARFIELD, 1998).

O Programa Nacional de Controle da Hanseníase do Ministério da Saúde preconiza que o modelo de atenção à doença – baseado no diagnóstico precoce, tratamento oportuno, prevenção e tratamento das incapacidades físicas e vigilância dos contatos – seja executado em toda a rede de atenção primária à saúde (APS), com o suporte da atenção secundária e terciária, para reduzir os níveis endêmicos da doença e garantir a qualidade da assistência (BRASIL, 2010b).

É necessário avançar na reorganização dos serviços de saúde, estabelecer protocolos de comunicação entre os diferentes profissionais que atuam nesses sistemas e investir e valorizar a APS, os investimentos a este nível de atenção têm um custo mais baixo e, quando bem estruturados e com boa capacidade de resolução de problemas, podem promover um equilíbrio entre a melhoria da saúde da população e a equidade na distribuição dos recursos (MENDONÇA, 2009).

A atuação da APS junto ao PNCH é essencial, pois é por meio dela que o usuário do SUS procura por atendimento. Em um estudo de caso controle, que objetivou identificar fatores individuais relacionados à transmissão da hanseníase, 69% dos casos foram diagnosticados a partir de sua ida à unidade de saúde da ESF. Nesse sentido, um bom atendimento e qualidade no serviço prestado ao usuário e às famílias é a garantia para detecção e diagnóstico de casos novos de hanseníase, com orientação adequada sobre as características e tratamento da doença (SANTOS, CASTRO e FALQUETO, 2008).

O processo de integração das Ações de Controle de Hanseníase (ACH) na Atenção Básica tem ocorrido de modo gradual e progressivo, embora lento, desde os anos 70. A descentralização da assistência às pessoas portadoras de hanseníase e/ou suas sequelas, passou da responsabilidade do nível federal (SESP-FUNASA,) para a competência estadual e, a partir dos anos 90, para o nível municipal. A descentralização das ACH para a AB tem ocorrido de modo mais consistente nos últimos 10 anos (DE FARIA GROSSI, 2012).

Estudos nacionais têm demonstrado que, mesmo havendo forte encaminhamento do governo federal, os processos organizacionais da APS são muito variados entre os municípios brasileiros, levando a crer que os diferentes contextos e formas de gestão da saúde nos municípios têm reflexos significativos na pluralidade de formas e resultados de processos de implementação da Política Nacional de Atenção Básica (VIANA, 2008; MEDINA e HARTZ, 2009). Os desafios para a consolidação da política de Atenção Básica, em parte, estão relacionados com a melhoria dos processos assistenciais neste nível de atenção, assim como com as condições de integração da APS à rede de serviços de saúde em seus diversos níveis.

O processo de integração da rede de atenção está ancorado nos princípios da equidade e da acessibilidade: as atividades de diagnóstico e tratamento estão próximas à comunidade, sendo ofertadas nas UBS pelo programa de controle da hanseníase, juntamente com os demais programas dos serviços de saúde, disponíveis em todos os dias de funcionamento das unidades de saúde (VISSCHEDIJK, 2003). Nesse sentido, as UBS dos municípios brasileiros, por meio do programa de controle da hanseníase, são responsáveis

pela procura e vigilância dos casos da doença. Durante a consulta clínica por qualquer outro motivo, deve-se observar se há presença de lesões dermatológicas e relatos feito pelo usuário sobre a presença de áreas com alteração de sensibilidade (BRASIL, 2008).

O sucesso do programa de controle da hanseníase está fundamentado na realização do diagnóstico precoce, no tratamento poliquimioterápico adequado, na vigilância dos contatos domiciliares, na prevenção das incapacidades e na reabilitação (BRASIL, 2010a).

Dessa forma, os municípios considerados endêmicos devem ter sempre disponíveis em suas UBS os medicamentos para o tratamento dessa doença (BRASIL, 2009). Além disso, as UBS, como preconiza a Atenção Primária em Saúde, devem estar preparadas para receber o paciente hanseniano e apresentar seus serviços de maneira organizada para o desenvolvimento de atividades que envolvam a prevenção, o controle e o tratamento da hanseníase, garantindo o acesso da população aos mesmos. Os profissionais de saúde que fazem parte da equipe de atenção básica devem estar capacitados para reconhecer os sinais e sintomas da doença, isto é, para diagnosticar e tratar os casos, bem como, para realizar ações de promoção de saúde (SANTOS, 2007).

No processo de trabalho em hanseníase, têm-se como objeto de trabalho os indivíduos ou grupos que podem estar doentes, sadios ou expostos a riscos; os saberes correspondem aos meios de trabalho, assim como os instrumentos utilizados pelos profissionais para alcançar a finalidade deste trabalho, que é realização das ações de prevenção e controle da doença preconizadas pelo Ministério da Saúde (LANZA e LANA, 2011b).

Questiona-se atualmente se estratégias estabelecidas para a meta de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública estão sendo efetivas. Foi demonstrado em estudo recente no Ceará, Brasil, que a descentralização tem um papel importante, mas não melhora, por si só e de maneira isolada, o desempenho do sistema de saúde na assistência à população (ATKINSON e DAVE, 2004). Estudo realizado na China em 2001 com foco na avaliação das estratégias de controle da hanseníase através de uma série histórica da doença, mostrou o impacto favorável nos seus indicadores epidemiológicos e no cenário da doença após algumas intervenções, como exame clínico de massa (XIANG-SHENG, 2001). No entanto, há poucos registros na literatura de estudos no Brasil avaliando a relação entre estratégias de intervenções operacionais e os indicadores epidemiológicos.

3.3 Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)

Considerando a importância da APS, o Ministério da Saúde criou o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). O PMAQ é um programa de âmbito nacional que tem como objetivo promover a melhoria do acesso e da qualidade da atenção à saúde. Lançado em 2011, o PMAQ-AB contemplou em seu primeiro ciclo a adesão de equipes de Saúde da Família e de Atenção Básica parametrizadas, incluindo equipes de saúde bucal (BRASIL, 2012c). Em 2013 aconteceu o ciclo II do PMAQ com duas novidades: a ampliação da adesão de equipes de Saúde da Família, atenção básica parametrizadas, e saúde bucal e a inclusão dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).

O PMAQ opera por meio da indução de processos de mudança que buscam aumentar a capacidade das gestões municipais, estaduais e federal, em conjunto com as equipes de saúde, no sentido de oferecer serviços que assegurem maior acesso e qualidade à população. Por meio da construção de um padrão de qualidade comparável nos níveis nacional, regionais e locais, o programa busca favorecer maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à atenção básica em saúde em todo o Brasil. Com o intuito de assegurar maior equidade na comparação, o processo de certificação das equipes é feito a partir da distribuição dos municípios em estratos que levam em conta aspectos sociais, econômicos e demográficos (BRASIL, 2012c).

O objetivo do PMAQ - AB é estimular os gestores a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos nas Unidades Básicas de Saúde por meio das equipes de Atenção Básica à Saúde. A meta é garantir um padrão de qualidade por meio de um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde. O programa eleva os recursos do incentivo federal para os municípios participantes, que atingirem melhora no padrão de qualidade no atendimento (BRASIL, 2012c).

O programa está organizado em quatro fases complementares, que funcionam como um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da AP: 1ª Fase - Adesão e Contratualização; 2ª Fase – Desenvolvimento; 3ª Fase - Avaliação Externa e 4ª Fase – Pactuação (BRASIL, 2011a).

A 1ª fase consiste na etapa formal de adesão ao programa, mediante contratualização de compromissos e indicadores firmados entre o Ministério da Saúde e os gestores municipais (BRASIL, 2011a).

Na 2ª fase, equipes de saúde, gestores municipais e estaduais, além do Ministério da Saúde, desenvolvem um conjunto de ações com o intuito de promover movimentos de mudança na gestão e no cuidado prestado pelas equipes, visando a melhoria do acesso e da qualidade da atenção à saúde. Essa fase está organizada em quatro dimensões: autoavaliação; monitoramento; educação permanente; e apoio institucional (BRASIL, 2011a)

A terceira fase, que é a avaliação externa, consiste na avaliação das condições de acesso e de qualidade da totalidade de municípios e equipes participantes do programa. O Ministério da Saúde em parceria com Instituições de Ensino e Pesquisa realiza visita às equipes para a avaliação de um conjunto de aspectos, desde a infraestrutura e insumos até questões ligadas ao processo de trabalho (BRASIL, 2011a).

O instrumento de avaliação externa está organizado em quatro módulos, conforme o método de coleta das informações. O módulo I, que trata da observação na Unidade Básica de Saúde, objetiva avaliar as condições de infraestrutura, materiais, insumos e medicamentos da UBS. O módulo II consiste na entrevista com o profissional da equipe de atenção básica e verificação de documentos na UBS, o enfoque é obter informações sobre o processo de trabalho da equipe e a organização do serviço e do cuidado para os usuários. O módulo III consiste em entrevistas com os usuários e visa verificar a satisfação e percepção dos usuários quanto aos serviços de saúde no que se refere ao acesso e utilização e o Módulo eletrônico que compõe um conjunto de informações complementares aos demais módulos (BRASIL, 2012c).

No Ciclo I foi realizado o censo com a finalidade de avaliar aspectos da estrutura das UBS, e foi desenvolvido em parceria com Instituições de Ensino e Pesquisa, lideradas pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde. Compondo a coordenação nacional de instituições de ensino superior, tem-se a Universidade Federal de Pelotas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Universidade Federal da Bahia, Universidade Federal de Minas Gerais e a FIOCRUZ (Fundação Oswaldo Cruz). Esse trabalho de campo envolveu coordenadores, supervisores e entrevistadores, onde a coleta de dados foi realizada pelas equipes de entrevistadores in loco (FAUSTO, 2013). Para a realização do censo foram incluídas todas as UBS do país, que constassem do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) no ano de 2012 e não foram incluídas as UBS que não foram localizadas ou que se encontravam desativas no

momento de realização da coleta de dados. Nos módulos II e III foram incluídas as EAB que aderiram ao PMAQ-AB.

4 MÉTODOS

4.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo ecológico de natureza descritiva e analítica realizado com dados da avaliação externa do PMAQ-AB - Ciclo I, que ocorreu no período de junho a setembro de 2012, referente a todas as UBS do Brasil e às EAB que aderiram ao programa no ciclo I. As unidades de análise foram os municípios brasileiros. Esses municípios foram analisados por suas características demográficas, socioeconômicas e de saúde e pelo coeficiente de detecção de hanseníase. Para algumas variáveis foram construídas taxas a partir da agregação de dados referentes à UBS e às equipes de AB.

4.2 Local e população do estudo

A população do estudo correspondeu aos municípios brasileiros existentes no ano de 2012, totalizando 5.565. O Censo Nacional de UBS avaliou 38.812 UBS e entrevistou 17.202 EAB.

O Brasil é um país dividido em cinco regiões, 26 Estados e um Distrito Federal, com municípios com autonomia política e administrativa. A população do Brasil, conforme censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2010, foi de 190.755.799 habitantes (22,43 habitantes por quilômetro quadrado), com uma proporção de homens e mulheres de 0,96:1 e 84,36% da população definida como urbana. A população está fortemente concentrada nas regiões Sudeste (80,3 milhões de habitantes), Nordeste (53,1 milhões de habitantes) e Sul (27,4 milhões de habitantes), enquanto as duas regiões mais extensas, o Centro-Oeste e o Norte, que formam 64,12% do território brasileiro, contam com um total de apenas trinta milhões de habitantes (IBGE, 2013). Em 2012 possuía 39.526 UBS e 32.809 equipes de Saúde da família (BRASIL, 2012d).

4.3 Procedimentos de coleta de dados

4.3.1 Trabalho de campo do PMAQ-AB

Para esta pesquisa foi utilizado o banco de dados do Censo Nacional de UBS, realizado no final do ano de 2012, que corresponde ao Módulo I da Avaliação Externa do PMAQ-AB – Ciclo I (ANEXO A) e as questões sobre processo de trabalho contidas no Módulo II (Anexo B). No módulo I foi avaliada a estrutura das UBS. No módulo II, as questões relativas ao processo de trabalho das equipes de saúde somente foram respondidas pelas equipes que aderiram ao PMAQ-AB e respondidas por meio de entrevista com um profissional da equipe e verificação de documentos na UBS. Os dados foram coletados por questionário eletrônico, utilizando *tablets*. Após a coleta, os dados foram validados e enviados para o banco de dados centralizado pelo Ministério da Saúde.

4.3.2 Coleta dos demais dados secundários

As variáveis socioeconômicas e demográficas foram coletadas do Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil, elaborado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) em parceria com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e Fundação João Pinheiro (BRASIL, 2013b). Também foram consultados dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2013).

As variáveis de cobertura de programas assistenciais foram coletadas do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e do CNES, disponibilizados pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS), gerido pelo MS (BRASIL, 2012d).

Os coeficientes de detecção de hanseníase foram obtidos da Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação – CGHDE, Ministério da Saúde.

4.4 Variáveis do estudo

Com base na revisão da literatura sobre o tema e na acessibilidade de informações municipais foi construído um modelo explicativo considerando o coeficiente de detecção de hanseníase como variável dependente e como independentes, variáveis

sociodemográficas, de cobertura de programas assistenciais e de estrutura e processo de trabalho na APS (Figura 1).

Todas as variáveis utilizadas são descritas no quadro 1, com sua respectiva descrição e fonte de coleta de dados, ano e respostas possíveis.

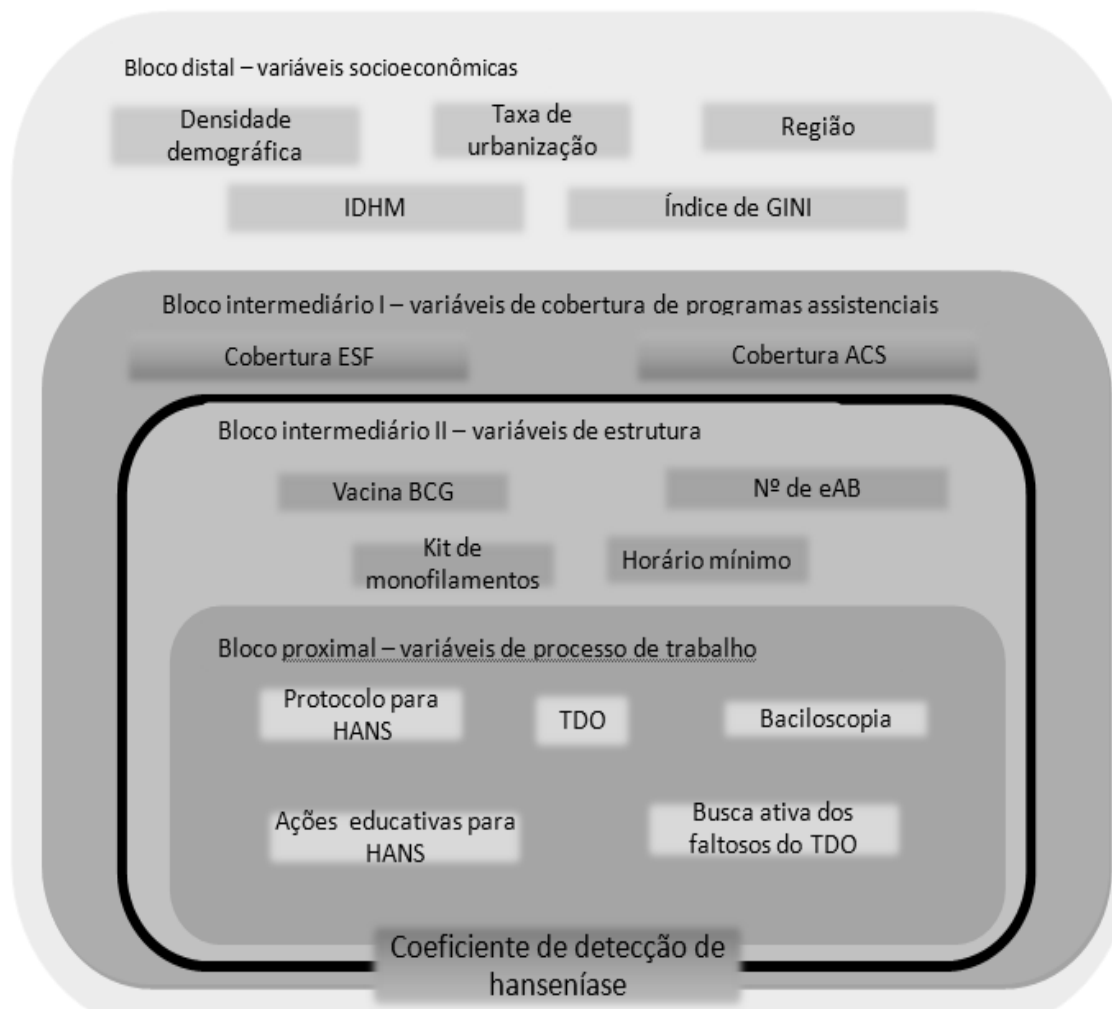


Figura 1. Modelo explicativo do coeficiente de detecção de hanseníase

As variáveis do bloco distal estão relacionadas às características sociodemográficas e econômicas. O bloco intermediário I engloba as variáveis de cobertura de programas assistenciais. O bloco intermediário II apresenta características de estrutura da UBS nos municípios que podem interferir na qualidade do serviço e podem determinar aspectos relacionados ao processo de trabalho das equipes de saúde, que correspondem ao próximo bloco. O bloco proximal representa as

características relacionadas ao processo de trabalho das EAB que podem modificar o quadro de saúde da população, reduzindo o coeficiente de detecção de hanseníase (Figura 1).

4.4.1 Variáveis sociodemográficas

As variáveis sociodemográficas utilizadas para o ajuste neste estudo foram: densidade demográfica; taxa de urbanização; coeficiente de Gini, que expressa o grau de concentração da distribuição de renda e o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), o qual inclui três componentes - IDHM Renda, IDHM Escolaridade e IDHM Longevidade.

O método de cálculo do IDHM brasileiro faz referência à metodologia do Índice de Desenvolvimento Humano Global e utiliza indicadores nacionais mais adequados para avaliar o desenvolvimento dos municípios. Contempla indicadores como a renda *per capita*, escolaridade da população adulta, fluxo escolar da população jovem e a expectativa de vida ao nascer (PNUD, 2013).

4.4.2 Variáveis de cobertura de programas assistenciais

As variáveis de cobertura assistenciais utilizadas foram a cobertura da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) e da ESF (Estratégia Saúde da Família). Os dados de cobertura da EACS e ESF foram obtidos do SIAB.

4.4.3 Variáveis do serviço de saúde

As variáveis relativas ao serviço de saúde foram as de estrutura e processo de trabalho da atenção básica relacionadas diretamente ao PNCH e correspondem às coletadas pelo PMAQ-AB – Ciclo I, 2012, conforme descritas no quadro 1.

As variáveis de estrutura foram: kit de monofilamentos, vacina BCG, número de eAB e horário mínimo de funcionamento.

As variáveis de processo de trabalho foram: protocolo para hanseníase, baciloscopia para hanseníase, Tratamento Diretamente Observado (TDO), busca ativa dos faltosos ao TDO e ações educativas para hanseníase.

4.4.4 Variável dependente

O coeficiente de detecção de hanseníase corresponde ao “número de casos novos diagnosticados de hanseníase”, por 10 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Esses dados foram obtidos através da Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação, CGHDE/SVS-MS, a partir do banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Quadro 1. Descrição das variáveis independentes e dependentes, fontes de coleta, ano e respostas possíveis.

Variável desfecho			
Indicador	Descrição	Fonte	Ano
Coeficiente de detecção de hanseníase	Número de casos novos diagnosticado de hanseníase, por 10 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	SINAN	2012
Variáveis independentes			
Variáveis socioeconômicas	Descrição	Fonte	Ano
Região	Agrupamentos das unidades da federação com o propósito de ajudar as interpretações estatísticas, implantar sistemas de gestão de funções públicas de interesse comum ou orientar a aplicação de políticas públicas dos governos federal e estadual.	IBGE	2010
Densidade demográfica	Quociente entre a população total de uma determinada região (cidade, estado, país, etc.) e a sua superfície (hab/Km ²)	IBGE/PNUD	2010
Taxa de urbanização	Percentual da população da área urbana em relação à população total.	IBGE/PNUD	2010
IDHM	Compreende indicadores de três dimensões do desenvolvimento humano: longevidade, educação e renda. É apresentado como IDHM médio dos municípios.	IBGE/PNUD/ IPEA	2010
Índice de GINI	Expressa o grau de concentração na distribuição de renda da população. É apresentada como GINI médio dos municípios do Brasil incluídos	IBGE/DATA SUS	2010

	na análise.		
Variáveis de cobertura (Nível Intermediário I)	Descrição	Fonte	Ano
Cobertura ESF	Razão entre o número de equipes de saúde da família e a população do município, multiplicada por 3.450. É apresentada como a cobertura média da ESF nos municípios incluídos na análise (em %).	SIAB	2012
Cobertura EACS	É obtida pelo cálculo: n° de ACSx575/População IBGE. É apresentada como a cobertura média da EACS nos municípios incluídos na análise (em %).	SIAB	2012
Variáveis de estrutura (Nível Intermediário II)	Descrição	Fonte	Ano
Kit de monofilamentos	Percentual de UBS no município que possui kit de monofilamentos;	PMAQ-AB	2012
Vacina BCG	Percentual de UBS no município com a vacina BCG sempre disponível;	PMAQ-AB	2012
Nº de EAB	Número de equipes de Atenção Básica (incluindo todas as modalidades) no município;	PMAQ-AB	2012
Horário mínimo	Percentual de UBS no município funcionando 2 turnos em 5 dias da semana.	PMAQ-AB	2012
Variáveis de processo de trabalho (Nível proximal)	Descrição	Fonte	Ano
Protocolo para HANS	Percentual de equipes das UBS no município que possuíam protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para hanseníase;	PMAQ-AB	2012
Baciloscopia para HANS	Percentual de equipes no município que solicitavam baciloscopia para hanseníase;	PMAQ-AB	2012
Tratamento Diretamente Observado (TDO)	Percentual de equipes das UBS no município que realizavam o acompanhamento do TDO do usuário;	PMAQ-AB	2012
Busca ativa dos faltosos ao TDO	Percentual de equipes das UBS no município que realizavam busca ativa de faltosos do TDO;	PMAQ-AB	2012
Ações educativas para hanseníase;	Percentual de equipes das UBS no município que ofertavam ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para hanseníase;	PMAQ-AB	2012

4.5 Análise Estatística

Para a análise estatística e processamento dos dados foi utilizado o *software* STATA versão 12.0. Inicialmente foram tabulados três bancos de dados. O primeiro correspondeu aos dados dos municípios, coletados pelo DATASUS/SINAN/IBGE, o segundo banco correspondeu às questões de estrutura do Módulo I do ciclo I do PMAQ-AB e o terceiro às variáveis de processo de trabalho (módulo II) das EAB que aderiram ao ciclo I do PMAQ-AB. Posteriormente os bancos foram unidos resultando no banco final no nível municipal, usado para análise estatística.

Em seguida, foi realizada a análise descritiva para caracterizar a população em estudo, estimando-se médias (X) \pm desvios-padrão (dp), bem como medianas (Md) \pm desvios interquartílicos (Q1 e Q3). O teste de Kolmogorov-Smirnov, coeficiente de assimetria, curtose, box plot e histograma foram adotados para verificar a normalidade na distribuição dos dados.

Para verificar as variáveis associadas ao desfecho foi utilizado o modelo de regressão de Poisson inflacionada de zero (ZIP). Este modelo foi escolhido por ser indicado para dados de contagem. Devido a existência de vários municípios sem casos de hanseníase detectados no ano estudado (excesso de 0 no desfecho) comparou-se o uso da Regressão Zero-inflated Poisson (ZIP) com o Poisson tradicional para escolher qual melhor determinaria a relação existente entre o coeficiente de detecção de hanseníase nos municípios brasileiros e as variáveis de cada bloco do modelo. A comparação foi realizada pelo teste Vuong. Neste, o valores de $p < 0,05$ indicaram que o modelo de Zero-inflated Poisson (ZIP) era melhor que o modelo padrão para este estudo. O estimador utilizado foi o pseudo-likelihood ratiotest.

A análise de regressão multivariada foi realizada pela análise hierarquizada em quatro blocos, conforme descrito na figura 1. A análise hierarquizada consiste em modelos de compreensão de um determinado fenômeno a partir de elementos explicativos agrupados em diferentes níveis ou blocos, sejam eles, proximais, intermediários e distais, ou relativos ao indivíduo, ao grupo e organizações (PUENTE-PALACIOS e LAROS, 2009).

O efeito de uma variável independente sobre o desfecho (variável dependente) é interpretado como ajustado para as outras variáveis do mesmo nível e para as variáveis do nível anterior (LIMA, CARVALHO e VASCONCELOS 2008).

Na análise ajustada, inicialmente, todas as variáveis do bloco distal foram incluídas no modelo. A inclusão de novas variáveis em cada bloco foi realizada pelo método

forward, permanecendo no modelo as variáveis associadas com nível de significância menor que 0,10. As estimativas da regressão, o intervalo de confiança a 95% foram verificadas no bloco correspondente. Considerou-se associação significativa quando o valor de p foi menor que 0,05.

4.6 Aspectos Éticos

Este estudo representa um recorte da pesquisa multicêntrica intitulada “Avaliação externa e censo das Unidades Básicas de Saúde – PMAQ-AB”, coordenada pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde. Para tanto, o MS instituiu convênios com sete Universidades / Institutos de Pesquisa públicos no Brasil. Estas instituições organizaram-se em consórcios com outras Universidades públicas para a execução da avaliação externa do PMAQ-AB em todo o território nacional. Previamente à fase de coleta dos dados, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade de Pelotas (UFPel), sob o número de Ofício 38/12 em 10 de maio de 2012 (ANEXO C), em cumprimento à Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, vigente na época. Todas as pessoas entrevistadas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO D).

5 RESULTADOS

ARTIGO

**CONTROLE DA HANSENÍASE NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE NO BRASIL:
ANÁLISE DE FATORES DE ESTRUTURA E PROCESSO DE TRABALHO**
(a ser submetido à Revista Ciência e Saúde Coletiva)

LEPROSY CONTROL IN PRIMARY CARE IN HEALTH IN BRAZIL: STRUCTURE ANALYSIS OF FACTORS AND PROCESS WORK

Resumo

Objetivou-se analisar a associação de características de estrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e de processo de trabalho das equipes de Atenção Básica com o coeficiente de detecção da hanseníase no Brasil. Trata-se de um estudo ecológico analítico, cujos municípios foram as unidades de análise. Foram utilizados bancos com dados principalmente do IBGE, do primeiro ciclo do PMAQ-AB e do SINAN. Estimaram-se as associações por meio de razão de prevalência (RP) em regressão de Poisson inflacionada de zero (ZIP) regressão binomial negativa e respectivos intervalos de confiança a 95% (IC95%), com abordagem hierarquizada em quatro blocos ($\alpha=5\%$). Na análise ajustada, os municípios que possuíam maior percentual de UBS com Kit de monofilamentos tinham maior chance de detecção de casos de hanseníase (RP:1,60; IC95%:1,38-1,84), assim como as variáveis “vacina BCG” (RP:1,15; IC95%: 1,02-1,32), e “horário mínimo” (RP:1,20;IC95%: 1,01-1,43). Em relação à características de estrutura de trabalho, as variáveis que apresentaram associação significativa foram: Tratamento Diretamente Observado (RP:1,39; IC95%: 1,15-1,70), busca ativa dos faltosos do TDO (RP: 0,82;IC95%:0,70-0,97) e ações educativas para hanseníase (RP:1,33;IC95%1,11-1,61). A estrutura e processo de trabalho precários dos serviços de saúde na atenção primária, aliada aos indicadores socioeconômicos e demográficos desfavoráveis, influenciam na baixa detecção de hanseníase, favorecendo o descontrole desse agravo.

Palavras-chave: Hanseníase. Atenção Básica. Estrutura de serviços

Abstract

The objective of this study was to analyze an association of characteristics of the structure of the Basic Health Units (BHU) and the work process of the Primary Care teams with the coefficient of detection of leprosy in Brazil. It is an ecological analytical study, whose municipalities were as units of analysis. Banks with data mainly from IBGE, the first cycle of PMAQ-AB and SINAN were used. Infarcted Poisson regression (ZIP) negative binomial regression and respective 95% confidence intervals (95% CI), with hierarchical approach in four blocks ($\alpha = 5$) were estimated as associations by prevalence ratio (PR) (%). In the adjusted analysis, the municipalities that have a higher percentage of UBS with Kit of monofilaments with a higher probability of detecting cases of leprosy (RP: 1.60, 95% CI: 1.38-1.84), as well as as BCG variables " (RP: 1.15, 95% CI: 1.02-1.32), and "minimum time" (RP: 1.20, 95% CI: 1.01-1.43). (RR: 1.39, 95% CI: 1.15-1.70), active search of the ODD patients (RP: 0.82, 95% CI: 0 , 70-0,97) and educational actions for leprosy (PR: 1.33, CI 95% 1.11-1.61) .The precarious structure and work process of health services in primary health care, coupled with socioeconomic indicators and Demographic factors, influence the low detection of leprosy, favoring the lack of control of this disease.

Keywords: Leprosy. Basic Attention. Service structure

Introdução

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa, causada pelo *Mycobacterium leprae*, que acomete principalmente os nervos periféricos e a pele. Possui evolução lenta e apresenta-se de várias formas, podendo gerar incapacidades físicas e deformidades se não tratada na fase inicial¹. O tratamento é eficaz e gratuito na Atenção Básica à Saúde. Constitui uma doença de notificação compulsória em todo território nacional e de investigação obrigatória².

Apesar dos avanços dos últimos anos, o Brasil ocupou em 2012 a segunda posição em números de casos novos de hanseníase, com 33.303, correspondendo a 14,3%³. A taxa de prevalência de Hanseníase caiu 65% nos últimos 10 anos, passando de 4,33, em 2002, para 1,51/10 mil habitantes, em 2012. A queda é resultado das ações de combate à doença, intensificada nos últimos anos. Porém, existem regiões brasileiras onde esse indicador está acima de 3 casos por 10 mil habitantes⁴.

Políticas brasileiras foram instituídas para apoiar o alcance da meta da OMS que é de menos de um doente para cada 10.000 habitantes, fundamentando que as ações deveriam ser ampliadas para toda a rede básica de saúde, promovendo a descentralização das atividades e intensificação da divulgação sobre características, sinais e sintomas da doença a fim de atingir o seu controle⁵.

Nesse sentido, o Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH), instituído pela Portaria Conjunta nº 125, de 26 de março de 2009, definiu ações de controle da hanseníase para orientação aos gestores, gerentes e profissionais dos serviços de saúde de diferentes complexidades, considerando que essas ações devem ser executadas em toda rede de Atenção Primária do Sistema Único de Saúde (SUS) e que, em razão do potencial incapacitante da hanseníase, deve-se garantir atenção especializada em unidades de referência de média e alta complexidade⁶.

Dessa forma, as práticas da Atenção Primária à Saúde (APS) têm papel fundamental na busca ativa de pacientes com doenças infecciosas, como a hanseníase, por exemplo, e o sucesso do controle e tratamento dessas doenças depende da efetividade das ações desse nível de atenção à saúde⁷.

Considerando a importância da APS, o Ministério da Saúde criou o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). O PMAQ é um programa de âmbito nacional que tem como objetivo promover a melhoria do acesso e da qualidade da atenção à saúde; adota como eixo elementos relacionados à gestão para o desenvolvimento da Atenção Básica; estrutura e condições de funcionamento das UBS; valorização dos trabalhadores; acesso e qualidade da atenção e organização do processo de trabalho; e à utilização, participação e satisfação dos usuários⁸.

Lançado em 2011, o PMAQ da Atenção Básica (PMAQ-AB) contemplou em seu primeiro ciclo a adesão de equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Básica parametrizadas, incluindo equipes de saúde bucal. O Programa é composto de quatro fases: Adesão e Contratualização, Desenvolvimento, Avaliação Externa e Recontratualização. As fases do PMAQ-AB conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica⁹.

Levando em conta que a hanseníase ainda é um desafio em saúde pública no território brasileiro, que ocorre de forma heterogênea entre os municípios do Brasil e que a Unidade Básica de Saúde (UBS) é o local prioritário de atuação das equipes de Atenção Básica (eAB) no controle da hanseníase; considerando ainda que a taxa de detecção é função da incidência real de casos e da agilidade diagnóstica do sistema de saúde¹⁰, torna-se de suma importância verificar a relação entre coeficiente de detecção de hanseníase e características estruturais das UBS e de processo de trabalho das EAB.

Este trabalho teve como objetivo descrever a estrutura das UBS e o processo de trabalho das equipes de Atenção Primária no controle da hanseníase, buscando analisar a associação dessas características com o coeficiente de detecção de hanseníase nos municípios brasileiros.

Metodologia

Trata-se de um estudo ecológico, analítico, cujas unidades de análise foram compostas pelos municípios do Brasil. Este estudo faz parte de uma pesquisa multicêntrica intitulada “Avaliação Externa e Censo das Unidades Básicas de Saúde – PMAQ-AB”, em parceria com Universidades e Institutos de Pesquisa Públicos no Brasil, sob coordenação da Universidade de Pelotas (UFPel). Estas instituições organizaram-se em consórcios coordenados por sete Universidades. Em cumprimento à Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, vigente na época, este estudo foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética da UFPel, sob o número de ofício 38/12 em 10 de maio de 2012.

A variável dependente, coeficiente de detecção de hanseníase, foi obtida através da Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação, CGHDE/SVS-MS, a partir do banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). As variáveis demográficas e socioeconômicas foram obtidas de diferentes bancos de dados. As variáveis relacionadas à estrutura e processo de trabalho das UBS foram extraídas do amplo banco de dados do PMAQ-AB (Ciclo I), filtraram-se somente as questões diretamente relacionadas com o PNCH. O instrumento utilizado para a realização do inquérito PMAQ-AB foi organizado em três módulos: Módulo I - observação na Unidade Básica de Saúde (UBS) de variáveis para a realização de um censo de infraestrutura das UBS; Módulo II - entrevista com um profissional sobre processo de trabalho da equipe de Atenção Básica (EAB) e verificação

de documentos na UBS, direcionada para a realização da avaliação externa das eAB; e Módulo III - entrevista com usuários na UBS sobre sua experiência de uso, condições de acesso, utilização de serviços de saúde e satisfação⁹. Neste estudo, foram usadas variáveis do módulo I e II (quadro 1).

Quadro 1. Descrição das variáveis independentes e dependentes, fontes de coleta, ano e respostas possíveis.

Variável desfecho			
Indicador	Descrição	Fonte	Ano
Coeficiente de detecção de hanseníase	Número de casos novos diagnosticado de hanseníase , por 10 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	SINAN	2012
Variáveis independentes			
Variáveis socioeconômicas	Descrição	Fonte	Ano
Região	Agrupamentos das <u>unidades da federação</u> com o propósito de ajudar as interpretações estatísticas, implantar sistemas de gestão de funções públicas de interesse comum ou orientar a aplicação de políticas públicas dos governos federal e estadual.	IBGE	2010
Densidade demográfica	Quociente entre a população total de uma determinada região (cidade, estado, país, etc.) e a sua superfície (hab/Km ²)	IBGE/PNUD	2010
Taxa de urbanização	Percentual da população da área urbana em relação à população total.	IBGE/PNUD	2010
IDHM	Compreende indicadores de três dimensões do desenvolvimento humano: longevidade, educação e renda. É apresentado como IDHM médio dos municípios.	IBGE/PNUD/ IPEA	2010
Índice de GINI	Expressa o grau de concentração na distribuição de renda da população. É apresentada como GINI médio dos municípios do Brasil incluídos na análise.	IBGE/DATA SUS	2010
Variáveis de	Descrição	Fonte	Ano

cobertura (Nível Intermediário I)			
Cobertura ESF	Razão entre o número de equipes de saúde da família e a população do município, multiplicada por 3.450. É apresentada como a cobertura média da ESF nos municípios incluídos na análise (em %).	SIAB	2012
Cobertura EACS	É obtida pelo cálculo: nº de ACSx575/População IBGE. É apresentada como a cobertura média da EACS nos municípios incluídos na análise (em %).	SIAB	2012
Variáveis de estrutura (Nível Intermediário II)	Descrição	Fonte	Ano
Kit de monofilamentos	Percentual de UBS no município que possui kit de monofilamentos;	PMAQ-AB	2012
Vacina BCG	Percentual de UBS no município com a vacina BCG sempre disponível;	PMAQ-AB	2012
Nº de eAB	Número de equipes de Atenção Básica (incluindo todas as modalidades) no município;	PMAQ-AB	2012
Horário mínimo	Percentual de UBS no município funcionando 2 turnos em 5 dias da semana.	PMAQ-AB	2012
Variáveis de processo de trabalho (Nível proximal)	Descrição	Fonte	Ano
Protocolo para HANS	Percentual de equipes das UBS no município que possuíam protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para hanseníase;	PMAQ-AB	2012
Baciloscopia para HANS	Percentual de equipes no município que solicitavam baciloscopia para hanseníase;	PMAQ-AB	2012
Tratamento Diretamente Observado (TDO)	Percentual de equipes das UBS no município que realizavam o acompanhamento do TDO do usuário;	PMAQ-AB	2012
Busca ativa dos faltosos ao TDO	Percentual de equipes das UBS no município que realizavam busca ativa de faltosos do TDO;	PMAQ-AB	2012
Ações educativas para hanseníase;	Percentual de equipes das UBS no município que ofertavam ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para hanseníase;	PMAQ-AB	2012

Foi realizada a análise descritiva para caracterizar a população em estudo, estimando-se médias (X) \pm desvios-padrão (dp), bem como medianas (Md) \pm desvios interquartílicos (Q1 e Q3). O teste de Kolmogorov-Smirnov, coeficiente de assimetria, curtose, box plot e histograma foram adotados para verificar a normalidade na distribuição dos dados.

Para verificar as variáveis associadas ao desfecho foi utilizado o modelo de regressão de Poisson inflacionada de zero (ZIP). Este modelo foi escolhido por ser indicado para dados de contagem. Devido a existência de vários municípios sem casos de hanseníase detectados no ano estudado (excesso de 0 no desfecho) comparou-se o uso da Regressão Zero-inflated Poisson (ZIP) com o Poisson tradicional para escolher qual melhor determinaria a relação existente entre o coeficiente de detecção de hanseníase nos municípios brasileiros e as variáveis de cada bloco do modelo. A comparação foi realizada pelo teste Vuong. Neste, o valores de $p < 0,05$ indicaram que o modelo de Zero-inflated Poisson (ZIP) é melhor que o modelo padrão para este estudo. O estimador utilizado foi o pseudo-likelihood ratiotest.

A modelagem foi hierarquizada em quatro blocos, conforme descrito na figura 1. Inicialmente todas as variáveis do bloco distal foram incluídas no modelo. A inclusão de novas variáveis em cada bloco foi realizada pelo método *forward*, permanecendo no modelo as variáveis associadas com nível de significância menor que 0,10. As estimativas da regressão, o intervalo de confiança a 95% foram verificadas no bloco correspondente. Considerou-se associação significativa quando o valor de p foi menor que 0,05.

Para a análise estatística e processamento dos dados foi utilizado o *software* STATA versão 12.0 (Stata Corp., College Station, TX, USA).

Resultados

A distribuição dos dados do desfecho foi assimétrica ($p < 0,05$), com desvio à direita (Skewness=3,81) e leptocúrtica (curtose=25,21). Na análise descritiva (tabela 1), a média do

coeficiente de detecção de hanseníase entre os municípios brasileiros em 2012 foi de 19,74 casos para 100 mil habitantes ($\pm 35,62$). O índice de Gini médio para o Brasil foi de 0,49 ($\pm 0,66$) e IDHM médio de 0,66 ($\pm 0,72$). A cobertura média de EACS entre os municípios foi de 90,2% ($\pm 23,2$) e da ESF, 81,9% (± 29).

Os municípios apresentaram, em média, 52% (± 36) das UBS com a vacina BCG sempre disponível; e 17% (± 30) com kit de monofilamentos. As UBS dos municípios brasileiros tinham, em média, 9,43 eAB (incluindo ESF com saúde bucal, ESF sem saúde bucal e outras configurações). Em relação ao horário de funcionamento, em média 88% (± 22) das UBS funcionavam cinco dias da semana e em dois turnos.

Das 17.202 equipes que aderiram ao 1º ciclo do PMAQ-AB, em média, 62% possuíam protocolo para hanseníase; 90% solicitavam baciloscopia para hanseníase; 73% realizavam o acompanhamento do TDO; 61% faziam a busca ativa dos faltosos do TDO e 50% ofertavam ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para hanseníase.

Na análise não ajustada (tabela 2), as variáveis que apresentaram associação significativa com maior coeficiente de detecção de hanseníase foram: disponibilidade de kit de monofilamentos, de vacina BCG, horário mínimo de funcionamento, protocolo para hanseníase, solicitação de baciloscopia, TDO, busca ativa dos faltosos ao TDO e ações educativas para hanseníase.

Ao realizar a análise ajustada, as variáveis “utilização de protocolo para hanseníase” e “solicitação de baciloscopia”, não permaneceram no modelo final por apresentarem níveis de significância maior ou igual a 0,10.

Após ajuste, no nível intermediário 2, a variável “kit de monofilamentos” teve associação significativa com o desfecho, ou seja, os municípios que possuíam maior percentual de UBS com Kit de monofilamentos tinham maior chance de detecção de casos de hanseníase (RP:1,60; IC95%:1,38-1,84), assim como a disponibilidade da vacina BCG”

(RP:1,15; IC95%: 1,02-1,32), e horário mínimo de funcionamento (RP:1,20;IC95%: 1,01-1,43). No nível proximal, as variáveis que apresentaram associação significativa foram: Tratamento Diretamente Observado (RP:1,39; IC95%: 1,15-1,70), busca ativa dos faltosos do TDO (RP: 0,82;IC95%:0,70-0,97) e ações educativas para hanseníase (RP:1,33;IC95%1,11-1,61).

Discussão

O presente estudo teve como objetivo analisar a associação entre as características da estrutura das Unidades Básicas de Saúde e do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica e o coeficiente de detecção da hanseníase no Brasil. Observou-se, após ajuste para variáveis socioeconômicas, demográficas, de cobertura de ACS e ESF, que as variáveis de estrutura de UBS (disponibilidade de monofilamentos, de vacina BCG, número de EAB e horário mínimo) e do processo de trabalho das EAB (TDO, ações educativas para hanseníase e busca dos faltosos do TDO) apresentaram associação estatisticamente significativa com o coeficiente de detecção de hanseníase.

Na análise descritiva, destaca-se a restrita disponibilidade do kit de monofilamentos, equipamento universalmente utilizado nos programas de hanseníase¹¹, nas UBS de cada município, assim como a disponibilidade de vacina BCG. Estudos mostram que o aporte de materiais influencia na oferta adequada do cuidado, tendo sido considerado como fator que contribui para a melhoria do planejamento e da organização do processo de trabalho^{12,13}.

Um estudo realizado em Londrina/PR, mostrou dificuldades no desenvolvimento de ações de vigilância relacionadas aos contatos de hanseníase, como, revisão dermatoneurológica e vacina BCG, por falta de material, e também porque os serviços de saúde não consideram essas ações como prioritárias¹⁴.

A baixa oferta de atividades como as ações educativas para hanseníase e a busca ativa de faltosos ao TDO parece ser um ponto de fragilidade na organização dos serviços investigados, assim como em outras realidades previamente estudadas¹⁵. Em detrimento a isso, temos o alto percentual de equipes que solicitavam o exame de baciloscopia para hanseníase, sugerindo um baixo comprometimento com a realização de ações de prevenção e de promoção à saúde e uma valorização de procedimentos diagnósticos de baixa efetividade¹⁶, uma vez que o diagnóstico de hanseníase é, essencialmente, clínico e epidemiológico e a baciloscopia deve ser solicitada, quando possível, como exame complementar¹⁷.

O desconhecimento da população em relação aos sinais e sintomas da doença é um dos fatores que impede o diagnóstico precoce^{18,19}. Portanto, a realização de ações educativas para hanseníase parece contribuir para uma maior detecção de casos, como encontrado neste estudo.

Ainda que mais de 70% das UBS dos municípios brasileiros comprovem realizar o Tratamento Diretamente Observado (TDO), o seguimento de normas técnicas padronizadas (possuir protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para hanseníase), obteve baixo percentual de respostas afirmativas.

A associação evidenciada entre funcionamento da UBS no horário mínimo e maior coeficiente de detecção de hanseníase pode ter atribuída a um maior acesso ao serviço de saúde, tendo em vista que os cuidados primários no país devem ser oferecidos preferencialmente pelas UBS, sendo a atenção básica a porta de entrada do usuário no SUS. Estudos sugerem fortemente que a capacidade de diagnosticar os casos existentes está relacionada ao acesso aos serviços de saúde^{10,20,21}.

Considerando a presença de itens e ações relativas ao PNCH, no presente estudo, os municípios que possuíam mais UBS com disponibilidade de kit de monofilamentos, de vacina BCG, equipes de UBS realizando Tratamento Diretamente Observado (TDO) e ações

educativas para hanseníase apresentaram-se com mais chance de detectar casos da doença. Nesse sentido, sugere-se que as UBS com melhores condições em relação a oferta de materiais e equipamentos, e as que se apresentam uma equipe de saúde mais organizada e articulada, possuem uma maior procura de usuários, aumentando assim a demanda e a oportunidade de se detectar mais casos de hanseníase.

Um estudo que usou a cobertura vacinal de BCG como variável procuradora da APS mostrou alta correlação entre a taxa de detecção de hanseníase e a cobertura vacinal pelo BCG, confirmando a hipótese de que o acesso aos serviços de saúde é um ponto importante para a detecção de casos da doença¹⁰.

Outro fator que pode contribuir para altos coeficientes de detecção da hanseníase é o abandono dos pacientes ao tratamento¹⁸, o que corrobora com o achado deste estudo que mostrou que a busca ativa aos faltosos do TDO está associada a um menor coeficiente de detecção de hanseníase.

O padrão espacial de uma doença infecciosa pode expressar sua relação com as condições socioeconômicas, fatores ambientais, comportamentais, ou melhora da qualidade das ações de serviços de saúde^{22,23}. Defendendo esta hipótese, Penna et al. (2009), realizaram análise da distribuição espacial da hanseníase no Brasil e verificaram elevação das taxas de detecção em algumas regiões (*clusters*), sugerindo que isso poderia ser explicado pela melhoria do acesso aos serviços de assistência primária à saúde, ocorrido no mesmo período²⁴. Entretanto, convém destacar a relação entre hanseníase e desigualdade social, haja vista que a distribuição geográfica da doença no mundo e em diferentes regiões de um mesmo território com áreas de menor IDH, apresentam-se com indicadores da hanseníase mais elevados^{25,26}.

Nesse sentido, estudo realizado por Schlickman *et al* em uma cidade do Mato Grosso, demonstrou que não há uma correlação entre a quantidade de unidades de saúde e o

coeficiente de prevalência e detecção da doença, mesmo supondo uma situação ótima de disponibilidade de mão-de-obra e equipamentos, bem como o atendimento de todas as proposições de controle da doença²⁷. Porém, deve-se levar em consideração que esse estudo apresentou uma realidade local e o Brasil apresenta uma grande heterogeneidade entre seus municípios.

A lógica do novo modelo de atenção básica permite a integração da hanseníase no conjunto das ações de saúde. No entanto, existem grandes disparidades na atenção à saúde oferecida nos municípios do país no que se refere às ações de controle da hanseníase. A falta de entendimento de que a hanseníase deva estar inserida no conjunto de ações básicas de saúde resulta em uma baixa cobertura de unidades com o programa implantado, inviabilizando o acesso da população a este tipo de assistência^{28,29}.

Localidades com maior endemicidade são priorizadas pelo MS quanto ao PNCH. Dessa forma, é plausível supor que a disponibilidade de itens e as ações nas UBS referentes ao PNCH seria consequência de altas taxas de detecção no município e não determinantes dessas. Além disso, a implantação dessas ações pode promover maior detecção de casos de hanseníase, acentuando a associação encontrada.

É fato que uma melhor detecção leve a uma redução a longo prazo na prevalência, como resultado do menor número de casos de infecção devido à redução da prevalência oculta e diagnóstico precoce e tratamento de casos clínicos, identificação dos contactos e melhor resultado do tratamento^{30,31}. Porém, vale lembrar que a hanseníase possui fatores endêmicos ainda desconhecidos³². Ao longo do tempo houveram diversas mudanças na endemicidade da doença no território brasileiro e evidências mostrando que o comportamento epidemiológico da hanseníase é influenciado pela qualidade dos serviços de saúde na implementação de programas de controle, já que as taxas de prevalência e detecção da hanseníase são muito influenciadas pela capacidade operacional dos serviços de saúde²³.

Limitações do estudo

Este estudo tem algumas limitações inerentes aos estudos utilizando dados secundários. Em particular no que diz respeito à hanseníase, casos subnotificados são esperados uma vez que a doença tem múltiplas manifestações após longo período assintomática ou oligossintomática. Além disso, como os instrumentos utilizados para a coleta de dados referentes à Avaliação Externa do primeiro ciclo do PMAQ-AB não foram organizados especificamente para o PNCH, observou-se a ausência de algumas informações sobre medicamentos (PQT), insumos (algodão, lanterna clínica) e ações necessárias no controle da hanseníase (exames dos contatos, por exemplo).

Um viés que pode ter ocorrido é o de seleção, visto que a amostra das equipes da Atenção Básica foi por autoadesão. Assim, provavelmente a adesão foi maior entre as eSF com processo de trabalho mais organizado.

Como limitação do estudo, tem-se como em qualquer estudo observacional a interferência de possíveis variáveis confusão nos resultados da investigação, passível de controle nesse tipo de estudo. Há ainda, a limitação da causalidade de reversa, uma vez que as variáveis ou fatores associados foram selecionados em simultâneo à variável desfecho.

Ainda assim o estudo pode contribuir para minimizar a escassez de investigações que levam em consideração as características da estrutura das UBS e processo de trabalho das equipes no controle da hanseníase no Brasil.

Pontos fortes do estudo

Destaca-se primeiramente o ineditismo desse estudo, uma vez que há na literatura uma escassez de trabalhos analisando a associação entre estrutura das UBS e processo de trabalho e coeficiente de detecção de hanseníase.

Outro ponto forte diz respeito ao tamanho da amostra. O estudo envolveu todos os estados brasileiros, e sabe-se que amostras grandes garantem uma maior precisão da estimativa estatística. Além disso, a análise de regressão hierarquizada em quatro blocos permitiu a redução de viés de confundimento.

É importante apontar que o estudo ecológico não permite fazer inferência para o nível individual. O interesse do efeito ecológico nesse estudo é atestar que o coeficiente de detecção de hanseníase é resultado de interações entre fatores sociodemográficos, de cobertura de programas assistenciais, de estrutura e processo de trabalho da APS.

Considerações finais

Constatou-se que os municípios que possuíam mais UBS com disponibilidade de kit de monofilamentos, de vacina BCG, equipes de UBS realizando Tratamento Diretamente Observado (TDO) e ações educativas para hanseníase mostraram-se com mais chance de detectar casos da doença. Supostamente porque as UBS com melhores condições em relação aos materiais e ao processo de trabalho possuem uma maior procura de usuários, aumentando assim a oportunidade de se diagnosticar casos de hanseníase.

A estrutura precária desses serviços de saúde na atenção primária, aliada aos indicadores socioeconômicos e demográficos desfavoráveis, influencia na baixa detecção e consequente notificação, favorecendo o descontrole desse agravo.

Faz-se necessário incentivo para melhorar a oferta de serviços com equipes que tenham condições mínimas necessárias para o controle da hanseníase na atenção básica, aliado ao desenvolvimento socioeconômico do Estado, inclusive nos municípios de baixa endemicidade, onde a vigilância também deve ser constante devido à prevalência oculta da

doença. Portanto, se há um interesse político e sanitário em vencer o problema e se ter um país livre de hanseníase, é mandatório o controle da doença em todo o território nacional.

Referências

1. Avancini J, Trindade MAB. Hanseníase. In: Martins, MA, et.al. (Eds). *Clínica Médica, volume 7: alergia e imunologia clínica, doenças da pele, doenças infecciosas e parasitárias*. 2. ed. Barueri, SP: Manole, 2016. p. 293 -308.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3125, de 07 de outubro de 2010. Aprova as diretrizes para vigilância, atenção e controle da hanseníase. *Diário Oficial da União* 2010; 07 out.
3. World Health Organization. Global Leprosy Strategy: Accelerating towards a leprosy-free world. 2016-2020. WHO 2016 [Acessado em: 2016 dez 26] Disponível em: <<http://www.who.int/lep/resources/9789290225096/en/>>.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portal Brasil. Ministério da Saúde lança campanha de combate à hanseníase. Brasília, DF. 2014. [acessado 2015 ago 26]. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2014/01/ministerio-da-saude-lanca-campanha-de-combate-a-hanseniose>.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Plano Nacional de Eliminação da hanseníase em nível municipal 2006-2010. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Conjunta nº 125, de 26 de março de 2009. Define ações de controle da hanseníase. *Diário Oficial da União* 2009; 26 março.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Manual para a organização da atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.
8. Pinto, HA, Sousa, A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde* 2012; 6(2).

9. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ) 2012* [site da internet]. [acessado 2015 ago 26]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php
10. Penna MLF, Oliveira MLW, Carmo EH, Penna GO, Temporão JG (2008). The influence of increased access to basic healthcare on the trends in Hansen's disease detection rate in Brazil from 1980 to 2006. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 2008; 41: 6-10.
11. Garbino JA, Opromolla DVA. Monitoração da neuropatia da hanseníase. *Prevenção de incapacidades e reabilitação em hanseníase. Bauru: ILSL* 2003; 33-36.
12. Sarti TD, Campos CEA, Zandonade E, Ruschi GEC, Maciel, ELN. Avaliação das ações de planejamento em saúde empreendidas por equipes de saúde da família Evaluation of health planning activities by family health teams. *Cad. Saúde Pública* 2012; 28(3): 537-548.
13. de Campos Oliveira MA, Pereira I C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família/Primary Health Care essential attributes and the Family Health Strategy/Atributos esenciales de la Atención Primaria y la Estrategia Salud de la Familia. *Revista Brasileira de Enfermagem* 2013; 66:158.
14. Dessunti EM, Soubhia Z, Alves E, Aranda CM, Barro MPAA. Leprosy: control of household contacts in the municipality of Londrina-PR for a ten-year period. *Revista brasileira de enfermagem* 2008; 61(SPE): 689-693.
15. Melo EM, Paiva L, Álvares J, Flecha ALD. A organização da Atenção Básica em municípios integrantes do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família em Mato Grosso, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(s1).
16. Garnelo L, dos Santos Lucas AC, Parente RCP, Rocha ESC, Gonçalves MJF. Organização do cuidado às condições crônicas por equipes de Saúde da Família na Amazônia. *Saúde debate* 2014; 38 (spe): 158-172.

17. Fracaroli T., Miranda L., Bringel D, Obadia, D, & Daxbacher, E. Importância da clínica no diagnóstico da hanseníase. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto* 2011, 10(1): 29-35.
18. Lana FCF. *Políticas sanitárias em Hanseníase: história social e a construção da cidadania* [Tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 1997.
19. Resende DM, Souza MR de, Santana CF. Hanseníase na Atenção Básica de Saúde: principais causas da alta prevalência de hanseníase na cidade de Anápolis-GO. *Hansenol. int.* (Online) [periódico na Internet]. 2009 [citado 2017 Jan 18] ; 34(1): 27-36. Disponível em: http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-51612009000100004&lng=pt.
20. Lapa TM, Albuquerque MDFPM, Carvalho MS, Silveira Júnior JC. Análise da demanda de casos de hanseníase aos serviços de saúde através do uso de técnicas de análise espacial. *Cadernos de Saúde Pública* 2006; 22(12): 2575-2583.
21. Arantes CK, Garcia MLR, Filipe MS, Nardi SMT, Paschoal VDA. Avaliação dos serviços de saúde em relação ao diagnóstico precoce da hanseníase. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2010; 19(2): 155-164.
22. Alencar, CHM de. *Padrões epidemiológicos da hanseníase em área de alto risco de transmissão nos estados do Maranhão, Pará, Tocantins e Piauí: 2001-2009*. [Tese] Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2011.
23. Lanza FM, Lana FCF. Descentralização das ações de controle da hanseníase na microrregião de Almenara, Minas Gerais. *Rev Latinoam Enferm* 2011; 19(1): 187-94.
24. Penna ML. Spatial Distribution of Leprosy in the Amazon Region of Brazil. *Emerging Infectious Disease journal-CDC* 2009; 15(4).
25. Imbiriba ENB, Silva Neto ALD, Souza WVD, Pedrosa V, Cunha MDG, Garnelo L. Social inequality, urban growth and leprosy in Manaus: a spatial approach. *Revista de saude publica* 2009; 43(4): 656-665

26. World Health Organization. Why are some tropical diseases called “neglected”? WHO 2012 [Acessado 2016 dez 27]. Disponível em: <http://www.who.int/features/qa/58/en/>.
27. Schlickman EED, Guerino MR. Relação entre o número de casos de hanseníase e o número de unidades básicas na cidade de Primavera do Leste-MT, Brasil. *J. Health Sci. Inst* 2012; 30(2).
28. Moreira TMA. *Estudo de Caso da avaliação da descentralização das ações programáticas de hanseníase*. [Tese]. Rio de Janeiro: Fundação Osvaldo Cruz; 2002.
29. Gomes, FBF. *Indicadores epidemiológicos da hanseníase e sua relação com a cobertura da estratégia saúde da família e o índice de desenvolvimento humano em Minas Gerais-período: 1998-2013* [Tese]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem; 2016.
30. Cunha MDD, Cavaliere FAM, Hércules FM, Duraes SMB, Oliveira MLWDR, Matos HJD. The impact of leprosy elimination strategy on an endemic municipality in Rio de Janeiro State, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública* 2007; 23(5): 1187-1197.
31. Visschedijk J, Engelhard A, Lever P, Grossi MADF, Feenstra P. Leprosy control strategies and the integration of health services: an international perspective. *Cadernos de saude publica* 2003; 19(6): 1567-1581.
32. Magalhães MCC, Rojas LI. Diferenciação territorial da hanseníase no Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2007; 16(2): 75-84.

Figura 1. Modelo explicativo do coeficiente de detecção de hanseníase

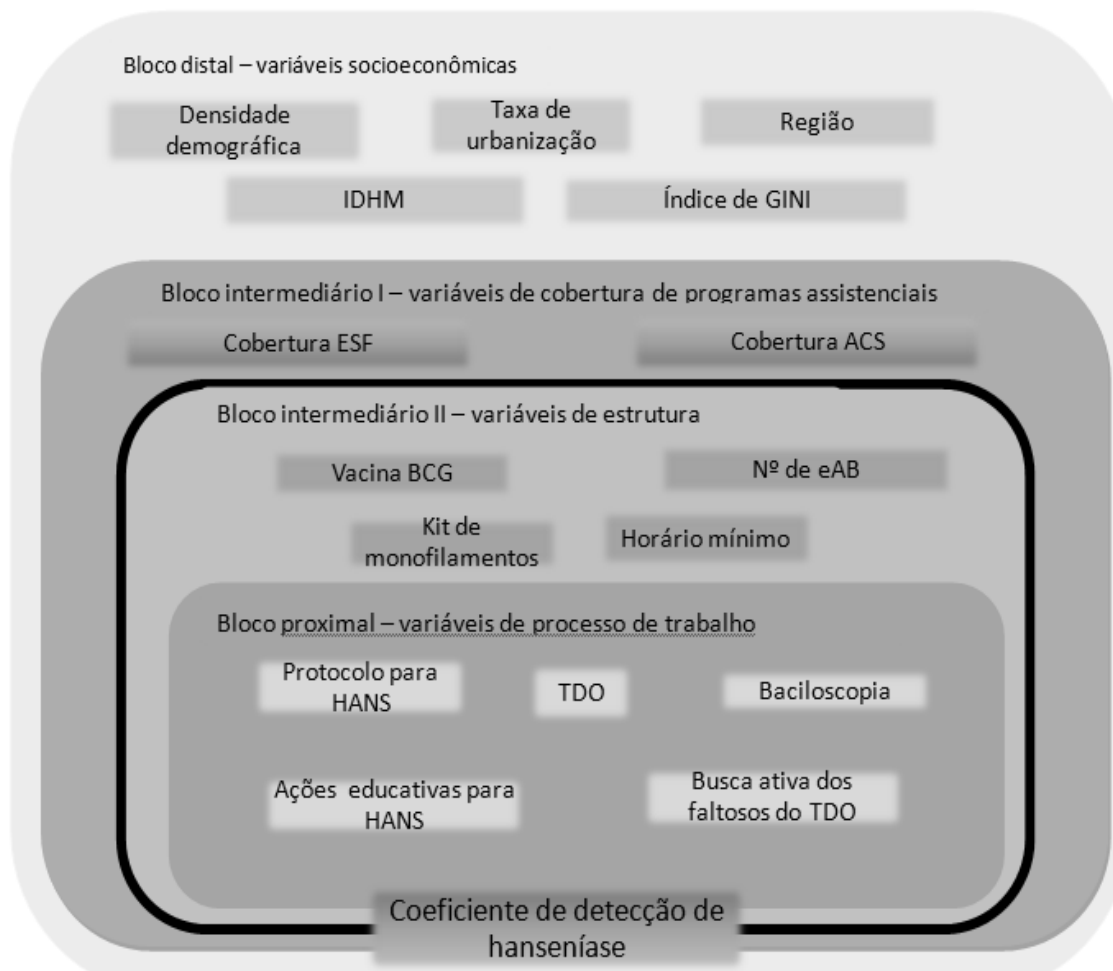


Tabela 1. Características descritivas das variáveis independentes nos quatro níveis de análise e desfecho em 5565 municípios brasileiros. PMAQ-AB, ciclo 1. 2012.

Variáveis	Média	DP	Mediana	Q1 - Q3
<i>Nível distal - sociodemográfico</i>				
Densidade demográfica	108,20	572,44	24,37	11,56 - 51,67
Taxa de urbanização	63,83	22,04	64,7	47,1 - 82,2
Índice de Gini	0,49	0,66	0,49	0,45 - 0,54
IDHM	0,66	0,72	0,67	0,60 - 0,72
<i>Nível Intermédiário 1 - Cobertura</i>				
Cobertura da EACS	90,19	23,21	100	100 - 100
Cobertura da ESF	81,95	29,00	100	71,59 - 100
<i>Nível Intermédiário 2 - Estrutura das UBS</i>				
Horário mínimo	0,88	0,22	1	0,83 - 1
Kit de monofilamentos	0,17	0,30	0	0 - 0,25
Vacina BCG	0,52	0,36	0,5	0,2 - 1
Nº de eAB	9,43	28,31	5	2 - 10
<i>Nível Proximal - Processo de trabalho das eAB</i>				
Protocolo para HANS	0,62	0,40	0,75	0,25 - 1
Baciloscopia para HANS	0,90	0,24	1	1 - 1
Tratamento Observado (TDO)	Diretamente 0,73	0,39	1	0,5 - 1
Busca ativa dos faltosos ao TDO	0,61	0,43	0,83	0 - 1
Ações educativas para hanseníase;	0,50	0,41	0,5	0 - 1
<i>Desfecho</i>				
Coefficiente de detecção de hanseníase	19,74	35,62	5,86	0 - 24,38

Tabela 2. Análise não ajustada e ajustada dos fatores associados ao coeficiente de detecção de hanseníase no nível intermediário 2 e bloco proximal. Brasil, 2012.

Variáveis**	Coeficiente de detecção de hanseníase nos municípios brasileiros					
	Não ajustada			Ajustada		
	RP	IC 95%	P	RP	IC 95%	P
<i>Nível Intermediário 2 - Estrutura das UBS</i>						
Horário mínimo	1,44	1,18 – 1,75	<0,001*	1,20	1,01 – 1,43	0,034*
Kit de monofilamentos	2,11	1,85 – 2,39	<0,001*	1,60	1,38 – 1,84	<0,001*
Vacina BCG	1,73	1,56 – 1,93	<0,001*	1,14	1,00 – 1,32	0,047*
Nº de eAB	0,99	0,98 – 0,99	<0,001*	0,99	0,99 – 0,99	0,005*
<i>Nível Proximal - Processo de trabalho das eAB</i>						
Protocolo para HANS	1,20	1,04 – 1,38	0,014*			
Baciloscopia para HANS	2,37	1,59 – 3,55	<0,001*			
Tratamento Diretamente Observado (TDO)	1,87	1,60 – 2,19	<0,001*	1,39	1,15– 1,70	0,001*
Busca ativa dos faltosos ao TDO	1,16	1,00 – 1,34	0,046*	0,82	0,70 – 0,97	0,023*
Ações educativas para hanseníase;	2,36	2,02 – 2,76	<0,001*	1,33	1,11 – 1,61	0,002*

*Valor de p <0,05

** Ajustado para as variáveis: Região, densidade demográfica, taxa de urbanização, índice de Gini, IDHM, cobertura da EACS e ESF

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os municípios brasileiros com maior percentual de UBS funcionando pelo menos dois turnos, cinco vezes por semana e com maior disponibilidade de kit de monofilamentos, vacina BCG, realização de TDO e ações educativas para hanseníase apresentaram maior coeficiente de detecção da doença, provavelmente pelo acesso e pela priorização dessas ações nos municípios endêmicos. Por outro lado, a busca ativa dos faltosos ao TDO associou-se a um menor coeficiente de detecção, o que pode ser explicado pela provável diminuição da taxa de abandono do TDO, reduzindo a transmissão da doença e conseqüentemente o número de casos.

O controle da hanseníase baseia-se, essencialmente, no diagnóstico oportuno e tratamento imediato dos casos bacilíferos, de forma a evitar a ocorrência de novas infecções. O efetivo controle da hanseníase requer, portanto, a garantia da continuidade do desenvolvimento das ações previstas no Programa Nacional de Controle da Hanseníase, mesmo nos municípios que conseguiram reduzir os indicadores da doença.

Apesar do fator social determinante, a garantia de equidade no acesso a serviços de saúde - meios de diagnóstico e de reabilitação e tratamento, bem como a prevenção da doença, são de extrema importância para o enfrentamento da hanseníase. A atenção à saúde com qualidade tem potencial não só para ampliar o potencial de cura e minimizar a exposição da população à doença, como também reduzir o potencial negativo das vulnerabilidades sociais da população.

Concluiu-se que a estrutura e o processo de trabalho nas UBS têm grande relação com a detecção da hanseníase, o que nos leva a entender que serviços de saúde mais organizados, com melhores estruturas e equipamentos juntamente com uma equipe engajada e articulada, detectam mais casos da doença. As atividades de controle da hanseníase, que são ofertadas pelas UBS dos municípios brasileiros, ainda são precárias. Sugere-se, portanto, o fortalecimento das ACH em todos os municípios, principalmente na promoção e implementação de ações educativas para maximizar o conhecimento da comunidade sobre a doença. Além disso, uma retomada no investimento do processo de descentralização das ações de controle da hanseníase para o âmbito do serviço de atenção primária.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, C. H. M. **Padrões epidemiológicos da hanseníase em área de alto risco de transmissão nos estados do Maranhão, Pará, Tocantins e Piauí: 2001-2009**. 2011. 314 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011.

ARANTES, C. K. et al . Avaliação dos serviços de saúde em relação ao diagnóstico precoce da hanseníase. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 19, n. 2, jun. 2010.

ATKINSON, S., DAVE, H. Back to basics: does decentralization improve health system performance? Evidence from Ceará in north-east Brazil. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 82, n.11, p. 822-827, 2004.

AVANCINI, j.;TRINDADE, M. A. B. Hanseníase. In: MARTINS, M. de A. et.al. (Eds). **Clínica Médica: alergia e imunologia clínica, doenças da pele, doenças infecciosas e parasitárias**. 2. ed. Barueri, SP: Manole, v. 7, 2016. p. 293 -308.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual para a organização da atenção básica**. Brasília – DF: 1998.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Plano Nacional de Eliminação da hanseníase em nível municipal 2006-2010**. Brasília – DF: 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica**. Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose - 2. ed. rev. - Brasília, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Conjunta nº 125, de 26 de março de 2009**. Define ações de controle da hanseníase. Diário Oficial da União. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3125, de 07 de outubro de 2010**. Aprova as diretrizes para vigilância, atenção e controle da hanseníase. Diário Oficial da União. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2009: uma análise da situação da saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde**. Brasília – DF: 2010b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1654, de 19 de julho de 2011**. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Diário Oficial da União. Brasília: Ministério da saúde, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União. Brasília: Ministério da saúde, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Como Funciona?** Brasília - DF: 2012a. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_como_funciona.php.

_____. Ministério da Saúde. **Exercício de monitoramento da eliminação da hanseníase no Brasil (LEM)**. Brasília, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade**. Brasília – DF: 2012c. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php. Acesso em 3 de abr 2016.

_____. **Departamento de informática do SUS (DATASUS)**. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>. 2012d. Acesso em: 10 nov 2016.

_____. **Atlas do desenvolvimento humano no Brasil**. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/>. Acesso em: 5 jul 2016. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portal Brasil. **Ministério da Saúde lança campanha de combate à hanseníase**. Brasília- DF: 2014a. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2014/01/ministerio-da-saude-lanca-campanha-de-combate-a-hanseniose>. Acesso em 5 jul 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portal Brasil. **Organização mundial elogia Brasil no combate de doenças**. Brasília – DF: 2014b. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2014/04/organizacao-mundial-elogia-brasil-no-combate-de-doencas>. Acesso em 10 jan 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Boletim Epidemiológico**. Brasília – DF: 2015a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan net**. Brasília – DF: 2015b. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/tabnet/tabnet?sinanet/hanseniose/bases/Hansbrnet.def> . Acesso em: 5 abr 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Boletim Epidemiológico**. v. 47, n. 21. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

CABRAL-MIRANDA, W., CHIARAVALLI NETO, F., BARROZO, L. V. Socio-economic and environmental effects influencing the development of leprosy in Bahia, north-eastern Brazil. **Tropical Medicine & International Health**, v. 19, n. 12, p. 1504-1514, 2014.

DE MELO COSTA, Simone et al. Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 7, p. 2147-2156, 2013.

CUNHA, M. D. da, et al. The impact of leprosy elimination strategy on an endemic municipality in Rio de Janeiro State, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 5, p. 1187-1197, 2007.

DE CAMPOS OLIVEIRA, M. A.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família/Primary Health Care essential attributes and the Family Health Strategy/Atributos esenciales de la Atención Primaria y la Estrategia Salud de la Familia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, p. 158, 2013b.

DE FARIA GROSSI, M. A. Vigilância da hanseníase no Estado de Minas Gerais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, p. 781, 2008.

DESSUNTI, E. M. et al. Leprosy: control of household contacts in the municipality of Londrina-PR for a ten-year period. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 61, n. SPE, p. 689-693, 2008.

DOMINGUEZ, B. Problema persistente: prevalência cai, mas Brasil é o único no mundo que não conseguiu eliminar propagação da doença. **Revista Radis**. Ensp/Fiocruz v.150, n.3, 2015.

FAUSTO, C. R.; FONSECA, H. M. S. (Org). **Rotas da atenção básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ AB**. Rio de Janeiro: Saberes, 2013.

FERNANDES, A. S, SECLÉN-PALACIN J. **Experiências e desafios da atenção básica e saúde da família: caso Brasil**. Brasília: OPAS; 2004

FRACAROLI, T. et al. Importância da clínica no diagnóstico da hanseníase. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 10, n. 1, 2011.

FREITAS, L. R. S. de. "Tendências temporais, distribuição espacial e fatores associados à ocorrência de hanseníase no Brasil, 2001 a 2012." 2016.

GARBINO, J. A.; OPROMOLLA, D. V. A. Monitoração da neuropatia da hanseníase. Prevenção de incapacidades e reabilitação em hanseníase. Bauru: **ILSL**, p. 33-36, 2003.

GARNELO, L. et al . Organização do cuidado às condições crônicas por equipes de Saúde da Família na Amazônia. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 158-172, Out. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042014000600158&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 15 Jan. 2017.

GOMES, F. B. F. **Indicadores epidemiológicos da hanseníase e sua relação com a cobertura da estratégia saúde da família e o índice de desenvolvimento humano em Minas Gerais-período: 1998-2013**. 2016. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. 2016

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Atlas do Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro, 2013. 160 p. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br/apps/atlas/>>. Acessado em: 10 de nov. de 2015.

IMBIRIBA, E. N. B., et al. Social inequality, urban growth and leprosy in Manaus: a spatial approach. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n.4, p. 656-665, 2009.

LANA, F.C.F. **Políticas sanitárias em hanseníase: história social e a construção da cidadania**. 1997. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 1997.

LANZA, F. M.; LANA, F. C. F. O processo de trabalho em hanseníase: tecnologias e atuação da equipe de saúde da família. **Texto and Contexto Enfermagem**, v. 20, p. 238, 2011.

LANZA, F. M.; LANA, F. C. F. Descentralização das ações de controle da hanseníase na microrregião de Almenara, Minas Gerais. **Rev Latinoam Enferm**, v. 19, p. 187-94, 2011.

LAPA, T. M., et al. "Análise da demanda de casos de hanseníase aos serviços de saúde através do uso de técnicas de análise espacial." **Cadernos de Saúde Pública** v.22, n. 12, p. 2575-2583, 2006.

LIMA, S. D.; CARVALHO, M. L. D.; VASCONCELOS, A. G. G. Proposta de modelo hierarquizado aplicado à investigação de fatores de risco de óbito infantil neonatal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 8, p. 1910-1916, 2008.

MAGALHÃES, M. da C. C.; ROJAS, L. I. Diferenciação territorial da hanseníase no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 16, n. 2, p. 75-84, 2007.

MARGARIDO, L. da C.; RIVITTI, E. A. Hanseníase. In: FOCACCIA, Roberto (Ed.). **Tratado de infectologia**. 3. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2005. p. 939 – 972.

MEDINA, M. G.; HARTZ, Z. M. D. A. The role of the Family Health Program in the organization of primary care in municipal health systems. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n.5, p. 1153-1167, 2009.

MELO, E. M. et al. A organização da Atenção Básica em municípios integrantes do projeto de expansão e consolidação do saúde da família em Mato Grosso, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. suppl.1, p. s29-s41. 2008.

MENDONÇA, C. S. F. Health, more than never!. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 1493-1497, 2009.

MOREIRA, T. M. A. Avaliação da descentralização das ações programáticas de hanseníase: um estudo de caso. Rio de Janeiro: **Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz**, 2002.

NERY, J. S., et al. Effect of the Brazilian conditional cash transfer and primary health care programs on the new case detection rate of leprosy. **PLoS Negl Trop Dis**, v.8, n. 11, p. e3357, 2014.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 66, n. esp. p.158-164, 2013.

PENNA, M. L. F. et al. The influence of increased access to basic healthcare on the trends in Hansen's disease detection rate in Brazil from 1980 to 2006. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 41, p. 6-10, 2008.

PENNA, M. L. F. et al. Spatial distribution of leprosy in the Amazon region of Brazil. **Emerg Infect Dis**, v. 15, n. 4, p. 650-2, 2009.

PEREIRA, E. V. E. et al. Perfil epidemiológico da hanseníase no município de Teresina, no período de 2001-2008. **An. bras. dermatol**, v. 86, n. 2, p. 235-240, 2011.

PIERI, F. M. et al. Patients' perceptions on the performance of a local health system to eliminate Leprosy, Paraná State, Brazil. **PLoS Negl Trop Dis**, v. 8, n. 11, p. e3324, 2014.

PINTO, Hêider Aurélio; SOUSA, A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, v. 6, n. 2, 2012.

PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Índice de Desenvolvimento Humano Municipal Brasileiro**. Brasília: PNUD, IPEA, FJP., 2013.

PUENTE-PALACIOS, K. E.; LAROS, J. Análise multinível: contribuições para estudos sobre efeito do contexto social no comportamento individual. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 26, p. 349-61, 2009.

RAPOSO, M. T.; NEMES, M. I. B. Assessment of integration of the leprosy program into primary health care in Aracaju, state of Sergipe, Brazil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 45, n. 2, p. 203-208, 2012.

RESENDE, D. M.; SOUZA, M. R. de; SANTANA, C. F.. Hanseníase na Atenção Básica de Saúde: principais causas da alta prevalência de hanseníase na cidade de Anápolis-GO. **Hansenol. int. (Online)**, Bauru, v. 34, n. 1, 2009 . Disponível em <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-51612009000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em: 24 jan. 2016.

SANTOS, A. S. dos; CASTRO, D. S. de; FALQUETO, A. Fatores de risco para transmissão da Hanseníase. **Rev. bras. enferm**, v. 61, n. spe, p. 738-743, 2008.

SANTOS, D. C. M. dos et al . A hanseníase e o seu processo diagnóstico. **Hansenol. int. (Online)**, Bauru, v. 32, n. 1, 2007 . Disponível em <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-51612007000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em: 24 jan. 2016.

SANTOS, L.; DE ANDRADE, L. O. M. Acesso às ações e aos serviços de saúde: uma visão polissêmica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2876-2878, 2012.

SARTI, T. D. *et al.* Avaliação das ações de planejamento em saúde empreendidas por equipes de saúde da família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 537-548, 2012.

SCHLICKMAN, E. E. D.; GUERINO, M. R. Relação entre o número de casos de hanseníase e o número de unidades básicas na cidade de Primavera do Leste-MT, Brasil. **J. Health Sci. Inst** v. 30, n. 2, 2012.

SOARES, L. S., et al. The impact of multidrug therapy on the epidemiological pattern of leprosy in Juiz de Fora, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, n.2, p. 343-350, 2000.

SOUSA, M. F. de *et al.* Gestãoda atenção Básica: redefinindo contexto e possibilidades. **Divulgação em Saúde para Debate**; v. 21, p.7-14,dez.2000.

STARFIELD, B. **Primary care: balancing health needs, services, and technology**. Oxford University Press, USA, 1998.

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

VIANA, A. L. d'Ávila et al . Atenção básica e dinâmica urbana nos grandes municípios paulistas, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 24, supl. 1, p. s79-s90, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300013&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 05 Jan. 2017.

VIEIRA, N. F. **Avaliação da atenção primária à saúde nas ações de controle da hanseníase no município de Betim, Minas Gerais**. 2015. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

VISSCHEDIJK, Jan et al. Leprosy control strategies and the integration of health services: na international perspective. **Cadernos de saude publica**, v. 19, n. 6, p. 1567-1581, 2003.

WHO. World Health Organization. **Why are some tropical diseases called “neglected”?**2012. Disponível em: <http://www.who.int/features/qa/58/en/> Acessado em: 27 dez 2016.

WHO. World Health Organization **Global Leprosy Strategy: Accelerating towards a leprosy-free world. 2016-2020**. 2016. Disponível em: <<http://www.who.int/lep/resources/9789290225096/en/>> Acessado em: 26 dez 2016.

XIANG-SHENG, Chen et al. Leprosy in China: epidemiological trends between 1949 and 1998. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 79, n.4, p. 306-312, 2001.

ANEXO A – QUESTIONÁRIO MÓDULO I DA AVALIAÇÃO EXTERNA DO PMAQ-AB

Módulo I – Observação na Unidade de Saúde

- Neste módulo, o avaliador da qualidade deverá ser acompanhado por um profissional da equipe de atenção básica que conheça a estrutura, equipamentos, materiais e insumos da Unidade Básica de Saúde.

- Orientações gerais:

Na opção de resposta "Outro(s)" poderá descrever a resposta;

Quando a questão possibilitar mais de uma opção de resposta deverá marcar para cada uma "Sim" ou "Não".

Criação do questionário	
Número do CNES: (7 dígitos)	
Nome da unidade de saúde:	
CPF do avaliador:	

I.1 Identificação geral	
I.1.1	Instituição principal:
I.1.2	Instituição colaboradora:
I.1.3	Número do supervisor:
I.1.4	Número do entrevistador:

I.2 Identificação da unidade de saúde		
I.2.1	Nome da unidade de saúde:	
I.2.2	Coordenadas GPS:	Latitude:
		Longitude:
I.2.3	Estado:	
I.2.4	Município:	
I.2.5	Endereço:	
I.2.6	Telefone (DDD) + 8 dígitos:	() ____ - ____
		Não se aplica

continua...

continuação

1.3 Identificação da modalidade e profissionais da equipe de atenção básica		
1.3.1	Qual o tipo de unidade de saúde?	Posto de saúde
		Centro de saúde/Unidade Básica de Saúde
		Posto avançado
		Outro(s)
1.3.2	Quantidade de equipes de atenção básica na unidade por modalidade: (inserir o número no quadrado)	Equipe de Saúde da Família com saúde bucal
		Equipe de Saúde da Família sem saúde bucal
		Equipe de atenção básica parametrizada com saúde bucal
		Equipe de atenção básica parametrizada sem saúde bucal
		Outras configurações
	Não sabe	
1.3.3	Unidade de saúde tem equipe(s) participante(s) do PMAQ? (Se NÃO, passar para a questão 1.3.5)	Sim
		Não
1.3.4	Quantidade de equipes participantes do PMAQ na unidade de saúde:	Equipes
1.3.5	Quantidade de profissionais existentes na unidade que compõem a (s) equipe(s) mínima (s):	Médico
		Enfermeiro
		Cirurgião-dentista
		Técnico de enfermagem
		Auxiliar de enfermagem
		Técnico de saúde bucal
		Auxiliar de saúde bucal
		Agente comunitário de saúde
		Técnico de laboratório
		Microscopista
1.3.6	Quantidade de profissionais existentes na unidade que compõem a (s) equipe(s) ampliada (s):	Médico especialista
		Psicólogo
		Fisioterapeuta
		Nutricionista
		Assistente social
	Outro(s)	

continua...

continuação...

1.6.4	Todos os profissionais da unidade de saúde estão com crachás de identificação?	Sim
		Não
1.6.5	Todos os profissionais da unidade de saúde estão com uniforme (ex. jaleco)?	Sim
		Não

1.7 Horário de funcionamento da unidade de saúde		
1.7.1	Quantos turnos de atendimento esta unidade de saúde oferece à população?	Sim Não Um turno
		Sim Não Dois turnos
		Sim Não Três turnos
1.7.2	Quais os turnos de atendimento?	Sim Não Manhã
		Sim Não Tarde
		Sim Não Noite
		Nenhuma das anteriores
1.7.3	Esta unidade funciona quantos dias na semana?	Dias
1.7.4	Qual a carga horária diária de funcionamento da unidade de saúde?	Sim Não Menos de 8 horas/dia
		Sim Não 8 horas/dia ou mais
		Nenhuma das anteriores
1.7.5	Nos dias em que a unidade de saúde funciona, até que horas ela permanece aberta?	Horário
		Não há horário fixo de funcionamento
1.7.6	Esta unidade de saúde oferece atendimento à população nos fins de semana?	Sim
		Sim, algumas vezes
		Não
1.7.7	Esta unidade de saúde funciona no horário do almoço (12h às 14h)?	Sim
		Não

continua...

continuação...

I.8.4	Sobre a rede sanitária, observar a presença de:	Sim	Não	Cheiro de esgoto
		Sim	Não	Vasos sanitários entupidos
		Sim	Não	Vasos sanitários interditados
				Nenhuma das anteriores

I.9		Infraestrutura da unidade de saúde	
I.9.1	Banheiro para funcionários		Quantidade
I.9.2	Consultório clínico		Quantidade
I.9.3	Consultório odontológico		Quantidade
I.9.4	Recepção		Quantidade
I.9.5	Sala de acolhimento		Quantidade
I.9.6	Sala de curativo		Quantidade
I.9.7	Farmácia		Quantidade
I.9.8	Sala de espera Se não existir pular para questão I.9.10		Quantidade
I.9.9	Qual a capacidade instalada da sala de espera para pessoas sentadas?		Pessoas
I.9.10	Sala de estocagem de medicamentos		Quantidade
I.9.11	Sala de esterilização e estocagem de material esterilizado		Quantidade
I.9.12	Sala de lavagem/descontaminação (sala de utilidades)		Quantidade
I.9.13	Sala de procedimento		Quantidade
I.9.14	Sala de nebulização		Quantidade
I.9.15	Sala de vacina		Quantidade
I.9.16	Sala de observação		Quantidade
I.9.17	Sala de reunião e atividades educativas		Quantidade
I.9.18	Sanitário para usuário masculino		Quantidade
I.9.19	Sanitário para usuário feminino		Quantidade
I.9.20	Sanitário adaptado para pessoas com deficiência		Quantidade
I.9.21	Expurgo		Quantidade
I.9.22	Local para depósito de lixo comum		Quantidade

continua...

continuação...

L.11 Equipamentos e materiais		
Equipamentos e materiais		
L.11.1	Antropômetro	Quantos em condições de uso?
L.11.2	Aparelho de pressão adulto	Quantos em condições de uso?
L.11.3	Aparelho de pressão pediátrico ou neonatal	Quantos em condições de uso?
L.11.4	Aparelho de nebulização	Quantos em condições de uso?
L.11.5	Ar-condicionado farmácia	Quantos em condições de uso?
L.11.6	Ar-condicionado para sala de vacina	Quantos em condições de uso?
L.11.7	Autoclave	Quantos em condições de uso?
L.11.8	Balança antropométrica de 150 kg	Quantos em condições de uso?
L.11.9	Balança antropométrica de 200 kg	Quantos em condições de uso?
L.11.10	Balança infantil	Quantos em condições de uso?
L.11.11	Régua antropométrica	Quantos em condições de uso?
L.11.12	Estetoscópio adulto	Quantos em condições de uso?
L.11.13	Estetoscópio pediátrico ou neonatal	Quantos em condições de uso?
L.11.14	Foco de luz para exame ginecológico	Quantos em condições de uso?
L.11.15	Geladeira exclusiva para vacina	Quantos em condições de uso?
L.11.16	Geladeira para farmácia	Quantos em condições de uso?
L.11.17	Glicosímetro	Quantos em condições de uso?
L.11.18	Jogo de cânulas de Guedel (adulto e infantil)	Quantos em condições de uso?
L.11.19	Lanterna clínica	Quantos em condições de uso?
L.11.20	Mesa para exame ginecológico com perneira	Quantos em condições de uso?
L.11.21	Mesa para exame clínico	Quantos em condições de uso?
L.11.22	Oftalmoscópio	Quantos em condições de uso?
L.11.23	Otoscópio	Quantos em condições de uso?
L.11.24	Kit de monofilamentos para teste de sensibilidade (estesiômetro)	Quantos em condições de uso?
L.11.25	Sonar ou estetoscópio de Pinard	Quantos em condições de uso?
L.11.26	Microscópio	Quantos em condições de uso?
L.11.27	Termômetro com cabo extensor ou linear	Quantos em condições de uso?

continua...

continuação...

I.11.28	Termômetro clínico	Quantos em condições de uso?
I.11.29	Termômetro de máxima e mínima	Quantos em condições de uso?
I.12 Insumos para atenção à saúde		
I.12.1	Abaixador de língua	Sempre disponível
		Às vezes disponível
		Nunca disponível
I.12.2	Aglhas descartáveis de diversos tamanhos	Sempre disponíveis
		Às vezes disponíveis
		Nunca disponíveis
I.12.3	Ataduras	Sempre disponíveis
		Às vezes disponíveis
		Nunca disponíveis
I.12.4	Caixas térmicas para vacinas	Sempre disponíveis
		Às vezes disponíveis
		Nunca disponíveis
I.12.5	Fita métrica	Sempre disponível
		Às vezes disponível
		Nunca disponível
I.12.6	EPI - luvas, óculos, máscaras, aventais, tocas	Sempre disponíveis
		Às vezes disponíveis
		Nunca disponíveis
I.12.7	Espéculo descartável	Sempre disponível
		Às vezes disponível
		Nunca disponível
I.12.8	Equipo de soro macrogotas e microgotas	Sempre disponível
		Às vezes disponível
		Nunca disponível
I.12.9	Escovinha endocervical	Sempre disponível
		Às vezes disponível
		Nunca disponível
I.12.10	Espátula de Ayres	Sempre disponível
		Às vezes disponível
		Nunca disponível

continua...

continuação...

I.15 Imunobiológicos na unidade de saúde		
I.15.1	BCG-ID	Sempre disponível
		Às vezes disponível
		Nunca disponível
I.15.2	Dupla tipo adulto - dt	Sempre disponível
		Às vezes disponível
		Nunca disponível
I.15.3	Febre amarela	Sempre disponível
		Às vezes disponível
		Nunca disponível
I.15.4	Influenza sazonal	Sempre disponível
		Às vezes disponível
		Nunca disponível
I.15.5	Hepatite B	Sempre disponível
		Às vezes disponível
		Nunca disponível
I.15.6	Meningocócica C	Sempre disponível
		Às vezes disponível
		Nunca disponível
I.15.7	Pneumocócica 23 valente	Sempre disponível
		Às vezes disponível
		Nunca disponível
I.15.8	Poliomielite	Sempre disponível
		Às vezes disponível
		Nunca disponível
I.15.9	Pneumocócica 10	Sempre disponível
		Às vezes disponível
		Nunca disponível
I.15.10	Triplíce viral	Sempre disponível
		Às vezes disponível
		Nunca disponível
I.15.11	Triplíce bacteriana	Sempre disponível
		Às vezes disponível
		Nunca disponível

continua...

continuação...

L17.7/1	Quantos em condições de uso?	Sim	Não
L17.8	A equipe tem acesso à internet?	Sim	Não
L17.9	A equipe possui telessaúde?	Sim	Não
L17.10	Número de consultório(s) com computador conectado à internet		Consultório(s)

L18 Veículo na unidade de saúde			
L18.1	A unidade de saúde dispõe de veículo para a realização de atividade(s) externa(s) da(s) equipe(s) (exs.: visitas domiciliares, busca ativa, acompanhamento e supervisão do território e outros)? (Se NÃO, passar para o bloco L19.)		Sim, sempre que necessário
			Sim, algumas vezes
			Não
L18.2	A disponibilidade do veículo atende às necessidades da(s) equipe(s)?		Sim
			Não

L19 Equipamentos e materiais de odontologia			
L19.1	A unidade de saúde possui profissionais de saúde bucal? (Se NÃO, passar para o bloco L21.)	Sim	Não
L19.2	Amalgamador	Sim	Não
L19/2	Quantos estão em condições de uso?	Sim	Não
L19.3	Cadeira odontológica	Sim	Não
L19/3	Quantos estão em condições de uso?	Sim	Não
L19.4	Compressor de ar com válvula de segurança	Sim	Não
L19/4	Quantos estão em condições de uso?	Sim	Não
L19.5	Equipo odontológico com pontas (alta e baixa rotação)	Sim	Não
L19/5	Quantos estão em condições de uso?	Sim	Não
L19.6	Fotopolimerizador	Sim	Não
L19/6	Quantos estão em condições de uso?	Sim	Não
L19.7	Mochô odontológico	Sim	Não
L19/7	Quantos estão em condições de uso?	Sim	Não
L19.8	Refletor	Sim	Não

continua...

continuação...

I.19/8	Quanto estão em condições de uso?	Sim	Não
I.19.9	Unidade auxiliar com bacia cuspeira e/ou terminal de sugador	Sim	Não
I.19/9	Quanto estão em condições de uso?	Sim	Não
I.19.10	Autoclave para odontologia	Sim	Não
I.19/10	Quanto estão em condições de uso?	Sim	Não

I.20 Insumos para atenção odontológica			
I.20.1	Amálgama (cápsulas ou material para preparo)	Sim	Não
I.20.1/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
I.20.2	Cimentos diversos	Sim	Não
I.20.2/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
I.20.3	Fios de sutura odontológica	Sim	Não
I.20.3/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
I.20.4	Selantes	Sim	Não
I.20.4/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
I.20.5	Anestésicos	Sim	Não
I.20.5/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
I.20.6	Resinas fotopolimerizáveis	Sim	Não
I.20.6/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não

I.21 Insumos para práticas integrativas e complementares			
I.21.1	Agulhas filiformes descartáveis de tamanhos e calibres variados	Sim	Não
I.21.1/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
I.21.2	Copos de ventosa	Sim	Não
I.21.2/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
I.21.3	Mapas de pontos de acupuntura	Sim	Não
I.21.3/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
I.21.4	Moxa (carvão e/ou artemisia)	Sim	Não
I.21.4/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não

Obrigado pela participação!

ANEXO B – QUESTIONÁRIO MÓDULO II DA AVALIAÇÃO EXTERNA DO PMAQ-AB

Criação do questionário	
Número do CNES: (7 dígitos)	
Nome da unidade de saúde:	
CPF do avaliador:	

II.1 Identificação geral	
II.1.1	Instituição principal:
II.1.2	Instituição colaboradora:
II.1.3	Número do supervisor:
II.1.4	Número do entrevistador:

II.2 Identificação da equipe de atenção básica		
II.2.1	Nome da unidade de saúde:	
II.2.2	Coordenadas GPS:	Latitude:
		Longitude:
II.2.3	Estado:	
II.2.4	Município:	
II.2.5	Endereço:	
II.2.6	Telefone (DDD) + 8 dígitos:	() -
		Não se aplica

II.3 Informações sobre o entrevistado		
II.3.1	Nome do entrevistado:	
II.3.2	CPF:	
II.3.3	Profissão:	Médico(a)
		Enfermeiro(a)
		Cirurgião(ã)-dentista
II.3.4	O(a) senhor(a) é coordenador(a) da equipe?	Sim
		Não
		Não há coordenador(a)
II.3.5	Quanto tempo o(a) senhor(a) atua nesta equipe de atenção básica?	Menos de um ano
		Anos
		Não sabe/não respondeu

continua

continuação

II.4 Modalidade e profissionais que compõem a equipe de atenção básica		
II.4.1	Qual tipo desta equipe?	Equipe de Saúde da Família – com saúde bucal
		Equipe de Saúde da Família – sem saúde bucal
		Equipe de atenção básica (parametrizada) – com saúde bucal
		Equipe de atenção básica (parametrizada) – sem saúde bucal
		Outro(s)
		Não sabe/não respondeu
II.4.2	Quantidade de profissionais da equipe mínima de atenção básica:	Médico
		Enfermeiro
		Cirurgião-dentista
		Técnico de enfermagem
		Auxiliar de enfermagem
		Técnico em saúde bucal
		Auxiliar em saúde bucal
		Agente comunitário de saúde
		Técnico em laboratório
		Microscopista
II.4.3	Quantidade de profissionais da equipe ampliada de atenção básica:	Médico pediatra
		Médico gineco-obstetra
		Médico generalista, além do profissional da equipe mínima
		Psicólogo
		Fisioterapeuta
		Nutricionista
		Assistente social
Outro(s)		
II.4.4	Na unidade de saúde, as equipes se organizam de modo a permitir que o usuário tenha opção de escolha sobre qual equipe deseja ser atendido?	Sim
		Não
		Não se aplica (quando só há uma equipe na unidade)
		Não sabe/não respondeu

continua

continuação...

II.7.2	No plano, tem progressão por antiguidade?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
II.7.3	No plano, tem progressão segundo avaliação de desempenho e/ou desenvolvimento (mérito)?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
II.7.4	No plano, tem progressão por titulação e formação profissional?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
II.7.5	O(a) senhor(a) tem incentivo, gratificação, prêmio financeiro por desempenho?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu

II.8		Educação permanente no processo de qualificação das ações desenvolvidas		
II.8.1	Há no município ações de educação permanente que envolva profissionais da atenção básica? (Se NÃO ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU, passar para o bloco II.9.)	Sim		
		Não		
		Não sabe/não respondeu		
II.8.2	Quais dessas ações a equipe participa ou participou no último ano: (Se NÃO para Telessaúde, passar para a questão II.8.4.)	Sim	Não	Telessaúde
		Sim	Não	EAD/LINASUS
		Sim	Não	RUTE – Rede Universitária de Telemedicina
		Sim	Não	Cursos presenciais
		Sim	Não	Troca de experiência
		Sim	Não	Tutoria/preceptoría
		Sim	Não	Outro(s)
				Não sabe/não respondeu
II.8.3	A equipe utiliza o Telessaúde para:	Sim	Não	Segunda opinião formativa
		Sim	Não	Telediagnóstico
		Sim	Não	Teleconsultoria
		Sim	Não	Outro(s)

continua...

continuação...

II.12.2/2	Profissionais do Centro de Apoio Psicossocial (CAPS)	Assistente social
		Psicólogo
		Médico psiquiatra
		Terapeuta ocupacional
		Outros profissionais
		Não sabe/não respondeu
		Nenhuma das anteriores
II.12.2/3	Profissionais da vigilância em saúde	Médico ginecologista/obstetra
		Assistente social
		Psicólogo
		Médico pediatra
		Farmacêutico
		Médico psiquiatra
		Fisioterapeuta
		Profissional de educação física
		Sanitarista
		Fonoaudiólogo
		Médico acupunturista
		Médico homeopata
		Nutricionista
		Terapeuta ocupacional
		Médico geriatra
		Médico internista (clínica médica)
		Médico do trabalho
		Médico veterinário
		Arte educador (com formação em arte e educação)
		Periodontista
		Endodontista
		Protesista
		Estomatologista
		Outras especialidades médicas
		Outros profissionais
		Não sabe/não respondeu
		Nenhuma das anteriores

continua...

continuação...

II.8.4	Essas ações de educação permanente contemplam as demandas e necessidades da equipe?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu

II.9		Planejamento da equipe de atenção básica e ações da gestão para organização do processo de trabalho da equipe	
II.9.1	Nos últimos 12 meses, a equipe realizou alguma atividade de planejamento de suas ações? (Se NÃO ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU, passar para a questão II.9.8.)		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu
II.9.1/1	Existe documento que comprove?		Sim
			Não
II.9.2	Foi realizado processo de levantamento de problemas?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu
II.9.3	Foram elencadas prioridades?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu
II.9.4	Foi estabelecido um plano de ação?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu
II.9.5	Foram definidos resultados e metas para acompanhamento do plano?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu
II.9.6	A equipe de atenção básica recebe apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho? (Se NÃO ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU, passar para a questão II.9.8.)		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu

continua...

continuação...

II.10.7	Como a equipe avalia a contribuição do apoiador na qualificação do processo de trabalho e no enfrentamento dos problemas? (O entrevistador deverá ler as opções.)	Muito bom
		Bom
		Regular
		Ruim
		Muito ruim
		Não sabe/não respondeu
II.10.8	Como a equipe avalia a participação do apoiador em suas reuniões? (O entrevistador deverá ler as opções.)	Muito bom
		Bom
		Regular
		Ruim
		Muito ruim
		Não se aplica (se não participa)
II.10.9	Como a equipe avalia a participação do apoiador nos momentos de autoavaliação? (O entrevistador deverá ler as opções.)	Muito bom
		Bom
		Regular
		Ruim
		Muito ruim
		Não se aplica (se não participa)
II.11	Reunião da equipe de atenção básica	
II.11.1	A equipe de atenção básica realiza reunião de equipe? (Se NÃO ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU, passar para o bloco II.12.)	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
II.11.2	Qual a periodicidade das reuniões? (O entrevistador deverá ler as opções.)	Semanal
		Quinzenal
		Mensal
		Sem periodicidade definida
		Não sabe/não respondeu

continua...

continuação...

IL.11.3	Quais são os temas das reuniões de equipe? (O entrevistador deverá ler as opções. Informar ao entrevistado que essa pergunta pode ter mais de uma resposta.)	Organização do processo de trabalho e do serviço
		Discussão de casos pela equipe (eventos sentinelas, casos difíceis, casos desafiadores)
		Qualificação clínica com participação de equipes de apoio matricial (NASF, CAPS, especialidades)
		Construção/discussão de projeto terapêutico singular
		Planejamento das ações da equipe
		Monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde
		Outro(s)
		Não sabe/não respondeu
		Nenhuma das anteriores
IL.11.4	A equipe planeja/programa suas atividades considerando: (O entrevistador deverá ler as opções. Informar ao entrevistado que essa pergunta pode ter mais de uma resposta.)	A construção de uma agenda de trabalho semanal, quinzenal ou mensal
		As metas para a atenção básica pactuadas pelo município
		As informações do SIAB
		As informações locais (estudo da demanda, cenário epidemiológico e outros)
		As questões relacionadas a riscos biológicos e vulnerabilidades individuais, familiares e sociais (violência, drogas e outras)
		As questões ambientais do território (incluindo acesso a terra)
		Os desafios apontados a partir da autoavaliação
		O envolvimento de organizações da comunidade (a parceria e pactuações com a comunidade)
		O envolvimento dos atores da comunidade
		O envolvimento de outros setores (intersectorialidade) que atuam na sua área
		Não sabe/não respondeu
Nenhuma das anteriores		

continua...

continuação...

II.14.3/1	Existe documento que comprove?		Sim	
			Não	
II.14.4	Observar em um prontuário os seguintes itens:	Sim	Não	Letra legível
		Sim	Não	Identificação do usuário (nome, sexo, idade)
		Sim	Não	Hipótese diagnóstica/problema ou condição
		Sim	Não	Exames solicitados
II.14.4/1	Existe documento que comprove?		Sim	
			Não	
II.14.5	Existe prontuário eletrônico implantado na equipe? (Se NÃO ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU, passar para o bloco II.15.)		Sim	
			Não	
			Não sabe/não respondeu	
II.14.5/1	Existe documento que comprove?		Sim	
			Não	
II.14.6	O prontuário eletrônico está integrado com os outros pontos da rede de atenção?		Sim	
			Não	
			Não sabe/não respondeu	

II.15		Acolhimento à demanda espontânea	
II.15.1	Está implantado o acolhimento na unidade de saúde? (Se NÃO ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU, passar para a questão II.15.14.)		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu
II.15.2	Em quais turnos é feito o acolhimento? (O entrevistador deverá ler as opções. Informar ao entrevistado que essa pergunta pode ter mais de uma resposta.)		Manhã
			Tarde
			Noite

continua...

continuação...

II.17.4	A equipe possui protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para:	Sim	Não	Câncer do colo do útero
		Sim	Não	Câncer de mama
		Sim	Não	Pré-natal
		Sim	Não	Crianças menores de dois anos (crescimento/desenvolvimento)
		Sim	Não	Hipertensão arterial sistêmica
		Sim	Não	Diabetes mellitus
		Sim	Não	Tuberculose
		Sim	Não	Hanseníase
		Sim	Não	Saúde mental
		Sim	Não	Álcool e drogas
				Outro(s)
				Não sabe/não respondeu
Quais exames são solicitados pela equipe de atenção básica				
II.17.5	Para hipertensão arterial sistêmica? (O entrevistador deverá ler as opções. Informar ao entrevistado que essa pergunta pode ter mais de uma resposta.)	Sim	Não	Creatinina
		Sim	Não	Perfil lipídico
		Sim	Não	Eletrocardiograma
		Sim	Não	Nenhuma das anteriores
II.17.6	Para Diabetes mellitus?	Sim	Não	Hemoglobina glicosilada
		Sim	Não	Nenhuma das anteriores
II.17.7	Para tuberculose? (O entrevistador deverá ler as opções. Informar ao entrevistado que essa pergunta pode ter mais de uma resposta.)	Sim	Não	Baciloscopia
		Sim	Não	Radiografia de tórax
		Sim	Não	Nenhuma das anteriores
II.17.8	Para hanseníase?	Sim	Não	Baciloscopia para hanseníase
				Nenhuma das anteriores
II.17.9	Para saúde da mulher na idade preconizada de 50 a 69 anos?	Sim	Não	Mamografia
		Sim	Não	Nenhuma das anteriores

continua...

continuação...

II.27.2	Existe ficha de notificação de casos de tuberculose na unidade? (Se NÃO ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU, passar para a questão II.27.3.)	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
II.27.2/1	Existe documento que comprove?	Sim
		Não
II.27.3	A equipe realiza o acompanhamento do tratamento diretamente observado (TDO) do usuário? (Se NÃO ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU, passar para o bloco II.28.)	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
II.27.3/1	Existe documento que comprove?	Sim
		Não
II.27.4	A equipe realiza busca ativa de faltosos do tratamento diretamente observado? (Se NÃO ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU, passar para o bloco II.28.)	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
II.27.4/1	Existe documento que comprove?	Sim
		Não

II.28		Atenção ao usuário portador de hanseníase	
II.28.1	A equipe de atenção básica possui registro do número de usuários com hanseníase? (Se NÃO, NÃO HÁ USUÁRIO COM HANSENÍASE NO TERRITÓRIO ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU, passar para o bloco II.29.)	Sim	
		Não	
		Não há usuário com hanseníase no território	
		Não sabe/não respondeu	
II.28.2/1	Existe documento que comprove?	Sim	
		Não	
II.28.3	A equipe realiza o acompanhamento do tratamento diretamente observado (TDO) do usuário? (Se NÃO ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU, passar para o bloco II.29.)	Sim	
		Não	
		Não sabe/não respondeu	

continua...

continuação...

IL.28.3/1	Existe documento que comprove?	Sim
		Não
IL.28.4	A equipe realiza busca ativa de faltosos do tratamento diretamente observado (TDO)? (Se NÃO, passar para o bloco IL.29.)	Sim
		Não
IL.28.4/1	Existe documento que comprove?	Sim
		Não

IL.29		Atenção ao usuário com transtorno mental	
IL.29.1	Como são agendadas as consultas para pessoas com transtorno mental? (O entrevistador deverá ler as opções.)	Agendamento em qualquer dia da semana, em qualquer horário	
		Agendamento em qualquer dia da semana, em horários específicos	
		Dias específicos fixos em até três dias na semana	
		Dias específicos fixos em mais de três dias na semana	
		Não sabe/não respondeu	
		Outro(s)	
IL.29.2	Normalmente, qual é o tempo de espera para a primeira consulta de pessoas com transtorno mental na unidade de saúde?	Dias	
IL.29.3	A equipe utiliza alguma estratégia específica para cuidar destes casos: (O entrevistador deverá ler as opções. Informar ao entrevistado que essa pergunta pode ter mais de uma resposta.)	Consulta específica com tempo maior	
		Registro da história de vida	
		Oferta de algum tipo de atendimento em grupo	
		Atendimento com profissionais de saúde mental	
		Não sabe/não respondeu	
		Outro(s)	
		Nenhuma das anteriores	
IL.29.4	A equipe teve preparação para o atendimento dos usuários com transtorno mental?	Sim	
		Não	
		Não sabe/não respondeu	

continua...

continuação...

II.31		Promoção da saúde		
II.31.1	<p>A equipe oferta ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para: (Se NENHUMA DAS ANTERIORES, passar para bloco II.32.</p> <p>O entrevistador deverá ler as opções. Informar ao entrevistado que essa pergunta pode ter mais de uma resposta.)</p>	Sim	Não	Mulheres (câncer do colo do útero e de mama)
		Sim	Não	Planejamento familiar
		Sim	Não	Gestantes e puérperas (aleitamento materno)
		Sim	Não	Homens
		Sim	Não	Idosos
		Sim	Não	Alimentação saudável
		Sim	Não	Prevenção e tratamento da hipertensão arterial sistêmica
		Sim	Não	Prevenção e tratamento de Diabetes mellitus
		Sim	Não	Realiza grupos com o objetivo de apoiar ao autocuidado para doenças crônicas
		Sim	Não	Realiza estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva
		Sim	Não	Tuberculose
		Sim	Não	Hanseníase
		Sim	Não	Realiza grupos com enfoque de orientar sobre doenças transmissíveis (dengue, tuberculose, hanseníase, HIV, tracoma), conforme necessidade do território
Sim	Não	Prevenção e tratamento ao uso, abuso e dependência decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas		
Sim	Não	Prevenção e tratamento ao uso, abuso e dependência de ansiolíticos e benzodiazepínicos		
		Nenhuma das anteriores		
II.31.1/1	Existe documento que comprove?	Sim		
		Não		

continua...


continuação...

II.31.2	A equipe incentiva e desenvolve na Unidade Básica de Saúde e/ou no território: (O entrevistador deverá ler as opções. Informar ao entrevistado que essa pergunta pode ter mais de uma resposta.)	Sim	Não	Práticas corporais
		Sim	Não	Atividade física
				Outro(s)
				Nenhuma das anteriores
Controle da qualidade da água de cisternas				
II.31.3	Existem cisternas no território de atuação da equipe? (Se NÃO OU NÃO SABE/NÃO RESPONDEU, passar para bloco II.32.)		Sim	
			Não	
			Não sabe/não respondeu	
II.31.4	Os agentes comunitários de saúde fazem ações educativas sobre a qualidade da água de cisternas?		Sim	
			Não	
			Não se aplica (não há cisterna)	
			Não sabe/não respondeu	
II.31.4/1	Existe documento que comprove?		Sim	
			Não	

II.32 Visita domiciliar e cuidado realizado no domicílio				
II.32.1	A equipe realiza visita domiciliar? (Se NÃO, passar para o bloco II.33.)		Sim	
			Não	
II.32.2	A equipe possui protocolo ou documento com definição de situações prioritárias para visita domiciliar? (Se NÃO, passar para a questão II.32.3)		Sim	
			Não	
II.32.2/1	Existe documento que comprove?		Sim	
			Não	
II.32.3	As famílias da área de abrangência da equipe de atenção básica são visitadas com periodicidade distinta de acordo com avaliações de risco e vulnerabilidade?		Sim	
			Não	

continua...

ANEXO C - OFÍCIO DO COMITÊ DE ÉTICA DA UNIVERSIDADE DE PELOTAS
(UFPEL)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 38/12 Pelotas, 10 de maio 2012.

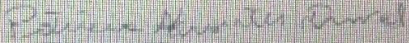
Prof


Luiz Augusto Facchini

Projeto – "Projeto para avaliação externa e censo das Unidades Básicas de saúde – PMAQ – AB"

Prezado Pesquisador,

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.


Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL



ANEXO D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

**CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA
PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA (Resolução 196/96 do
Ministério da Saúde)**

São Luís, MA, 18 de junho de 2012.

Bom dia (Boa tarde)!

Estamos realizando uma avaliação para o Ministério da Saúde com o objetivo de verificar o acesso e a qualidade da atenção nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) em todo o Brasil. Para isso, precisamos entrevistar pessoas que utilizam os serviços de saúde que estamos avaliando.

Gostaríamos de contar com a sua colaboração durante alguns minutos para responder a um questionário. Serão feitas perguntas sobre sua saúde e como o(a) Sr(a) é atendido(a) quando vem consultar aqui nesta UBS. O seu nome não será divulgado, todas as informações prestadas são sigilosas e serão utilizadas somente para esta avaliação. Se o(a) Sr(a) tiver alguma pergunta a fazer, sinta-se à vontade.

Caso o(a) Sr(a) tenha disponibilidade e interesse em participar, por favor, autorize e assine este termo de consentimento.

Obrigado pela sua atenção,

Profa. Dra. Erika Bárbara Abreu Fonseca Thomaz
Coordenadora da Avaliação Externa do PMAQ-UFMA

ANEXO E – NORMAS PARA SUBMISSÃO DE ARTIGOS NA REVISTA DE CIÊNCIA E SAÚDE COLETIVA

Revista Ciência e Saúde Coletiva

INSTRUÇÕES PARA COLABORADORES

Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

Orientações para organização de números temáticos

A marca da Revista Ciência & Saúde Coletiva dentro da diversidade de Periódicos da área é o seu foco temático, segundo o propósito da ABRASCO de promover, aprofundar e socializar discussões acadêmicas e debates interpares sobre assuntos considerados importantes e relevantes, acompanhando o desenvolvimento histórico da saúde pública do país. Os números temáticos entram na pauta em quatro modalidades de demanda:

- Por Termo de Referência enviado por professores/pesquisadores da área de saúde coletiva (espontaneamente ou sugerido pelos editores-chefes) quando consideram relevante o aprofundamento de determinado assunto.
- Por Termo de Referência enviado por coordenadores de pesquisa inédita e abrangente, relevante para a área, sobre resultados apresentados em forma de artigos, dentro dos moldes já descritos. Nessas duas primeiras modalidades, o Termo de Referência é avaliado em seu mérito científico e relevância pelos Editores Associados da Revista.
- Por Chamada Pública anunciada na página da Revista, e sob a coordenação de Editores Convidados. Nesse caso, os Editores Convidados acumulam a tarefa de selecionar os artigos conforme o escopo, para serem julgados em seu mérito por pareceristas.
- Por Organização Interna dos próprios Editores-chefes, reunindo sob um título pertinente, artigos de livre demanda, dentro dos critérios já descritos.

O Termo de Referência deve conter: (1) título (ainda que provisório) da proposta do número temático; (2) nome (ou os nomes) do Editor Convidado; (3) justificativa resumida em um ou dois parágrafos sobre a proposta do ponto de vista dos objetivos, contexto, significado e relevância para a Saúde Coletiva; (4) listagem dos dez artigos propostos já com nomes dos autores convidados; (5) proposta de texto de opinião ou de entrevista com alguém que tenha relevância na discussão do assunto; (6) proposta de uma ou duas resenhas de livros que tratem do tema.

Por decisão editorial o máximo de artigos assinados por um mesmo autor num número temático não deve ultrapassar três, seja como primeiro autor ou não.

Sugere-se enfaticamente aos organizadores que apresentem contribuições de autores de variadas instituições nacionais e de colaboradores estrangeiros. Como para qualquer outra modalidade de apresentação, nesses números se aceita colaboração em espanhol, inglês e francês.

Recomendações para a submissão de artigos

Recomenda-se que os artigos submetidos não tratem apenas de questões de interesse local, ou se situe apenas no plano descritivo. As discussões devem apresentar uma análise ampliada que situe a especificidade dos achados de pesquisa ou revisão no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, deixando claro o caráter inédito da contribuição que o artigo traz.

A revista *C&SC* adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, www.icmje.org ou www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

Seções da publicação

Editorial: de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

Artigos Temáticos: devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres.

Artigos de Temas Livres: devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

Artigos de Revisão: Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

Resenhas: análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.

Cartas: com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço).

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui texto e bibliografia. O resumo/abstract e as ilustrações (figuras e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.

2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.

3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista *C&SC*, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.

4. Os artigos submetidos à *C&SC* não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.

5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).

6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.

7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.

8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).

9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo palavras-chave/key words), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação.

Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. palavras-chave/key-words. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo. As palavras-chaves na língua original e em inglês devem constar no DeCS/MeSH

(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/e> <http://decs.bvs.br/>).

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada. As contribuições individuais de cada autor devem ser indicadas no final do texto, apenas pelas iniciais (ex. LMF trabalhou na concepção e na redação final e CMG, na pesquisa e na metodologia).

2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura biológica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

2. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.

3. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.

2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático.

Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.

3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.

4. As tabelas e os quadros devem ser confeccionados no mesmo programa utilizado na confecção do artigo (Word).

5. Os gráficos devem estar no programa Excel, e os dados numéricos devem ser enviados, em separado no programa Word ou em outra planilha como texto, para facilitar o recurso de copiar e colar. Os gráficos gerados em programa de imagem (Corel Draw ou Photoshop) devem ser enviados em arquivo aberto com uma cópia em pdf.

6. Os arquivos das figuras (mapa, por ex.) devem ser salvos no (ou exportados para o) formato Illustrator ou Corel Draw com uma cópia em pdf. Estes formatos conservam a informação vetorial, ou seja, conservam as linhas de desenho dos mapas. Se for impossível salvar nesses formatos; os arquivos podem ser enviados nos formatos TIFF ou BMP, que são formatos de imagem e não conservam sua informação vetorial, o que prejudica a qualidade do resultado. Se usar o formato TIFF ou BMP, salvar na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho (lado maior = 18cm). O mesmo se aplica para o material que estiver em fotografia. Caso não seja possível enviar as ilustrações no meio digital, o material original deve ser mandado em boas condições para reprodução.

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.
2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.
3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*
2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:
ex. 1: “Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF” 11 ...
ex. 2: “Como alerta Maria Adélia de Souza 4, a cidade...”

As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).
4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).
5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (incluir todos os autores)
Pelegri ML, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):275-286.
Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira-Filho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):483-491.
2. Instituição como autor
The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164(5):282-284
3. Sem indicação de autoria
Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.
4. Número com suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl. 1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347:1337.

Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor

Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª Edição. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA).

Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.

9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio*. Agrotóxicos, saúde e ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em Anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Outros trabalhos publicados

13. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil*; 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

14. Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

15. Documentos legais

Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

Material no prelo ou não publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.

Cronenberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N.

Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from:
<http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em:
<http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico

CDI, clinical dermatology illustrated [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.