

A organização da rede de atenção às pessoas atingidas pela Hanseníase no município do Recife

The organization of the network attention to persons with Leprosy in the municipality of Recife

Organización de la red de atención a las personas atendidas por la Hanseniasis en Recife

Autores

Raiana Fernanda da Silva Santos¹

Nayane Luiza Bastos Silva²

Danielle Christine Moura dos Santos^{1,2}

Stephanie Steremberg Pires D'Azevedo¹

Diego Augusto Lopes Oliveira^{1,3}

¹ Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife - PE, Brasil.

² Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças (FENSG), Recife - PE, Brasil.

³ Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Recife - PE, Brasil.

Resumo

Objetivo: O estudo buscou descrever a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) das Pessoas Atingidas pela Hanseníase, assim como as dificuldades vivenciadas pelos profissionais e usuários que a compõe. **Metodos:** A metodologia foi de natureza qualitativa, com abordagem hermenêutica. Ocorreu nos Distritos Sanitários (DS) III e VII, do município de Recife-PE. Participaram 37 pessoas entre gestores, gerentes, trabalhadores e usuários. Os dados foram coletados através dos prontuários e entrevistas semiestruturadas, e analisados pela hermenêutica crítica e reflexiva. **Resultados:** Identificou-se no estudo que apesar das fragilidades entre os níveis primário e secundário, referentes ao vínculo com o usuário, contrarreferência e agendamento de consultas em especialidade clínicas, a RAS em hanseníase no distrito funciona nos três níveis de atenção. **Conclusão:** Apesar das fragilidades entre os níveis primário e secundário, referentes ao vínculo com o usuário, contrarreferência e agendamento de consultas em especialidade clínicas, a RAS em hanseníase no distrito funciona nos três níveis de atenção.

Palavras-chave: Hanseníase; Integralidade em Saúde; Cuidado.

Abstract

Objective: The study investigates the organization of the Health Care Network as well as the difficulties experienced by professionals and users that compose it. **Methods:** The methodology was qualitative, with hermeneutic approach. It occurred in the Sanitary District (DS) III, Recife-PE municipality. Participated 37 people among managers, managers, workers and users. Data were collected through the records and semi-structured interviews, and analyzed by the critical and reflective hermeneutics. **Results:** It was identified in the study that despite the weaknesses among the primary and secondary levels, for the link to the user, and counter-scheduling appointments in clinical specialty, the RAS in leprosy in the district work in the three levels of care. **Conclusion:** Despite the weaknesses among the primary and secondary levels, for the link to the user, and counter-scheduling appointments in clinical specialty, the RAS in leprosy in the district work in the three levels of care.

Keywords: Leprosy; Integrality in Health; Care.

Resumen

Objetivo: El estudio buscó describir la organización de la Red de Atención a la Salud (RAS) de las Personas Afectadas por la Hanseniasis, así como las dificultades vivenciadas por los profesionales y usuarios que la componen. **Métodos:** La metodología fue de naturaleza cualitativa, con enfoque hermenéutico. Se produjo en los Distritos Sanitarios (DS) III y VII, del municipio de Recife-PE. Participaron 37 personas entre gestores, gerentes, trabajadores y usuarios. Los datos fueron recolectados a través de los prontuarios y entrevistas semiestructuradas, y analizados por la hermenéutica crítica y reflexiva. **Resultados:** Se identificó en el estudio e las fragilidades entre los niveles primario y secundario, referentes al vínculo con el usuario, contrarreferencia y programación de consultas en especialidad clínicas. **Conclusión:** A pesar de las fragilidades entre los niveles con el usuario, contrarreferencia y programación de consultas en especialidad clínicas, la RAS en lepra en el distrito funciona en los tres niveles de atención.

Palabras-clave: Lepra; Integralidad em Salud; Cuidado.

Data de submissão: 30/03/2018.

Data de aprovação: 22/11/2018.

Correspondência para:

Stephanie Steremberg Pires D'Azevedo.

Universidade de Pernambuco(UPE) Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças (FENSG).

Rua Arnóbio Marquês, 310 - Santo Amaro, Recife - Pernambuco, Brasil. CEP: 50100-130
E-mail: Stephanie-steremberg@hotmail.com

DOI: 10.5935/2446-5682.20180006

INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença infecto-contagiosa causada pelo *Mycobacterium leprae*. Esse bacilo tem a capacidade de alta infectividade, no entanto baixa patogenicidade. No Brasil, representa alta importância na saúde pública por apresentar coeficientes de detecção e prevalência acima dos parâmetros internacionais estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS)^{1,2}.

O bacilo da hanseníase afeta a pele, os nervos periféricos, podendo chegar a outros órgãos, sendo classificada em Paucibacilar (PB) e Multibacilar (MB). Os casos Paucibacilares apresentam duas variantes clínicas: Tuberculoide e Indeterminada. Os casos Multibacilares são divididos em Hanseníases Virchowiana e Dimorfa³.

O diagnóstico padronizado e estabelecido pelo Ministério da Saúde do Brasil e pela OMS, é definido pela presença de um ou mais dos seguintes achados: lesões de pele com alteração de sensibilidade, acometimento de nervos com espessamento neural e baciloscopia positiva^{3,4}.

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) para as pessoas atingidas pela hanseníase é regulamentada pela Portaria nº 149, de 3 de fevereiro de 2016 que diz que o modelo de intervenção para o controle da epidemia é baseado no diagnóstico precoce, tratamento oportuno de todos os casos diagnosticados, prevenção e tratamento de incapacidades e vigilância dos contatos domiciliares. Considerando que essas ações devem ser executadas em toda a 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 ambulatorial e hospitalar, sempre que necessário⁵.

Destaca-se que as RAS são definidas como sistemas organizados e integrados por uma ação cooperativa e interdependente, que ofertam serviços de saúde e oferecem cuidados contínuos de intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas à uma população definida; coordenada pela atenção primária à saúde responsabilizando-se pelos resultados clínicos, financeiros e sanitários por esta população⁶.

Tendo em vista que as linhas de cuidado têm início na entrada do usuário em qualquer ponto do sistema que opera a assistência, seja no atendimento domiciliar, na equipe de saúde da família, em serviços de urgência, nos consultórios ou em qualquer ponto onde haja interação entre o usuário e o profissional de saúde. A partir deste lugar de entrada, abre-se um percurso que se estende, conforme as necessidades do beneficiário, por serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, especialidades e atenção hospitalar⁷. Assim, propõe-se com esse estudo a reflexão acerca da RAS de hanseníase, tornando-se fundamental repensar o modelo de assistência praticado e discutir à sua organização. Neste sentido, o objetivo do estudo foi descrever a RAS às pessoas atingidas pela hanseníase nos DS III e VII do município do Recife por meio da discussão da sua organização, identificação do fluxograma de atendimento e identificação das facilidades e dificuldades da constituição e fortalecimento da RAS.

MÉTODOS

O estudo é de natureza qualitativa, com abordagem hermenêutica. Dentro de uma perspectiva crítica e reflexiva foi escolhida como possibilidade de entender o fenômeno social e suas relações no campo da saúde. Ainda é possível, por meio desta opção, dimensionar a compreensão dos significados, dos sentidos, das intencionalidades e das questões subjetivas inerentes aos atos, às atitudes, às relações e às estruturas sociais⁸.

As coletas das informações ocorreram em 09 Unidades de Saúde da Família (USF) e 02 policlínicas referências em atendimento da hanseníase, localizadas no Distrito Sanitário (DS) III e VII do município do Recife – Pernambuco. A escolha dos Distritos Sanitários foi intencional, por serem território das práticas de ensino da Universidade de Pernambuco, e as unidades foram escolhidas aleatoriamente. As entrevistas foram realizadas no período de julho de 2014 a março de 2015.

Participaram do estudo gerentes da Coordenação de Hanseníase municipal e estadual (03), trabalhadores de saúde (17) que atuavam no atendimento a pessoas atingidas pela hanseníase e usuários em tratamento há mais de 01 mês (17). Os dados foram coletados através de entrevistas semiestruturadas que abordavam questões relacionadas à: conceito de redes, fluxo e qualidade do atendimento, serviços ofertados e utilizados, cuidado ao usuário, planejamento do tratamento, protocolos clínicos, encaminhamentos às especialidades médicas, integração entre os serviços, referência e contrarreferência, e facilidades e dificuldades na rede e no tratamento.

A análise hermenêutica crítica e reflexiva do estudo pautou-se nos fundamentos em Minayo⁸ reorganizados por Assis e Jorge⁹, que pautam os seguintes passos: Ordenação dos dados; Classificação dos dados; e análise final dos dados. Para a análise foram agregados os temas convergentes, divergentes, complementares e diferentes, apontados pelos participantes.

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob CAAE 24967413.7.0000.5192. A pesquisa de campo teve início após sua aprovação. O estudo compõe o projeto “A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE E A GESTÃO DO CUIDADO DA HANSENÍASE”, financiado com bolsa do Programa de Fortalecimento Acadêmico (PFA-UPE 2014).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Através do estudo, identificou-se que RAS voltada à hanseníase no município do Recife dispõe de um total de 3 hospitais de referência no estado, sendo dois de gestão pública, e outro por terceirização. O tratamento está disponível nas 121 USFs da rede municipal, em um Centro de Saúde e em 08 policlínicas. Com relação ao DS III, o atendimento é realizado em 06 USF, 03 UBT, 02 Policlínicas e os hospitais de referência municipal. No DS VII, o atendimento acontece em 17 USF, 04 UBT e nas mesmas Policlínicas e hospitais de referência que atendem o DS III.

Para isso, foram entrevistadas, 37 pessoas, destes, 22 foram do sexo feminino e 15 do sexo masculino. Os graus de escolaridade foram de nível superior (sendo 12 da área da enfermagem e 08 de medicina), nível superior incompleto (01), ensino médio completo (02), ensino médio incompleto (02), ensino fundamental completo (02), ensino fundamental incompleto (09) e analfabetismo (1).

Durante a análise das entrevistas, foi observado que alguns profissionais demonstraram conhecimento limitado sobre o conceito de redes, levando em consideração sua abrangência, constituição e operacionalização:

“A Rede de Atenção à Saúde é quando a gente vai receber o paciente, acolher, ver o que há de necessidade de a acordo com, onde nós vamos atender o paciente integralmente.” (Ent. Nº 9 – Profissional)

“O atendimento se dá pela UBS, Unidade de referência, NASF.” (Ent. Nº 14 – Profissional)

“Os serviços ofertados ao paciente é o acesso às Cestas básicas, social, reabilitação, psicologia e serviço social.” (Ent. Nº 16 – Profissional)

Diferentemente do que é abordado por Mendes⁶, quando assegura que as RAS são organizadas de forma poliárquica, onde os níveis de atenção à saúde possuem a mesma importância e se relacionam horizontalmente, sem hierarquia. Atuam de forma contínua e humanizada nos níveis de atenção primária, secundária e terciária, sendo coordenada pelo nível primário; estabelecem integralidade em ações de promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas; e têm responsabilidades sanitárias e econômicas inequívocas por sua população.

Quando não se tem o conhecimento adequado sobre o assunto, onde não se abrange por completo o conceito de redes em hanseníase tendo em vista toda sua funcionalidade, esta problemática traz consigo fatores que dificultam no funcionamento ideal da mesma, dificultando o acesso e a busca dos direitos dos usuários.

O modelo de atenção à saúde no Brasil busca atendimento integral ao usuário, com inclusão e ampliação dos serviços¹⁰. Assim, a RAS opera em três níveis: atenção primária, secundária e terciária. A atenção primária é responsável pela coordenação dos fluxos e contrafluxos do sistema de atenção à saúde. Os pontos de atenção secundários e terciários ofertam serviços especializados, são diferenciados por suas densidades tecnológicas⁶.

Desta forma, baseado nos relatos apontados pelos profissionais e gerentes entrevistados, a RAS à pessoa atingida pela hanseníase em Recife se organiza nos três níveis de atenção. Na atenção primária, o programa de hanseníase está implantado na Estratégia Saúde da Família (ESF) que é constituído pelas Unidades Básicas Tradicionais (UBT) e pelas Unidades de Saúde da Família (USF), nas quais o usuário têm acesso à Agente Comunitário de Saúde (ACS), enfermeiro e médico. As equipes são treinadas e habilitadas para diagnosticar, tratar e acompanhar estes usuários.

“Geralmente o primeiro contato é com o paciente com hanseníase vem ou com a ACS ou com a demanda espontânea do paciente. Ele vem pra cá, aí passa no acolhimento da unidade aí é encaminhado para o enfermeiro ou para o médico, aí o diagnóstico geralmente é feito aqui na atenção básica, na unidade dele, mas quando tem alguma dúvida ou alguma coisa a gente encaminha esse paciente para uma referência pra hanseníase.” (Ent. Nº 11 – Profissional)

“As pessoas de Hansen tem a porta de entrada na intenção básica, que são as unidades de saúde da família e aquelas que não tem a sua unidade de saúde da família, tem a unidade tradicional, e elas são diagnosticadas e acompanhadas na unidade de saúde da família desde que não tenha alguma intercorrência.” (Ent. Nº 2 – Profissional)

“[...] Todas as equipes são treinadas e habilitadas para treinar e acompanhar. Diagnosticar, tratar e acompanhar esses usuários. Quando há alguma dificuldade no diagnóstico ou então efeito colateral do tratamento aí a gente encaminha para as policlínicas.” (Ent. Nº 18 - Gerente)

Os entrevistados apontaram que quando há alguma dificuldade em obter o diagnóstico, e em casos de reações hansênica ou recidiva, o paciente é encaminhado às policlínicas, que compõem o nível da atenção secundária na RAS. Estas unidades recebem os pacientes por demanda espontânea ou agendamento de consulta, sem que haja a necessidade de marcar pelo sistema de regulação. Os profissionais que constituem a rede especializada de atendimento são das áreas de dermatologia, hansenologia e terapia ocupacional.

“[...] Tem aqui um médico, tem enfermeira, tem técnico de enfermagem, tem a terapeuta. Então esse paciente chega através de encaminhamento ou demanda espontânea.” (Ent. Nº 9 – Profissional)

“Na rede secundária o paciente vai pra unidade especializada onde vai ter profissionais especializados: dermatologistas ou hansenólogos.” (Ent. Nº 19 – Gerente)

Ainda de acordo com as declarações colhidas, a rede de atenção terciária é voltada aos casos mais complexos, onde exista a necessidade de reabilitação e intervenções cirúrgicas em decorrência das sequelas deixadas pela doença. Os usuários que necessitam deste serviço são encaminhados através do sistema de regulação com a solicitação do profissional. Alguns serviços da rede de reabilitação são terceirizados pelo SUS, como um hospital terciário conveniado, como apontado a seguir:

“[...] E a rede terciária, além de todas essas, eles têm profissionais capacitados pra tá fazendo pequenas cirurgias.” (Ent. Nº 19 – Gerente)

“[...] Os usuáries que precisam de reabilitação, fisioterapia, eles vão pra rede conveniada, entra no sistema de regulação com a solicitação do profissional e aí encaminhada para a rede conveniada.” (Ent. Nº 20 – Gerente)

As condutas apresentadas nos relatos acima, são justificadas pela World Health Organization¹¹, quando afirmam que em situações de maior complexidade, em que ocorra intercorrência de difícil manejo, as medidas a serem tomadas são realizadas pelos centros de referências.

Estas incluem diagnóstico de casos de difícil detecção, tratamento de reações hansênicas, tratamento de feridas e reabilitação física e psicológica.

A RAS é constituída pela população, pela estrutura operacional e pelo modelo de atenção à saúde. A atenção à saúde baseada na população busca estabelecer as necessidades de saúde de uma população específica, implementando e avaliando as intervenções sanitárias e provendo o cuidado. A estrutura operacional é constituída pelo centro de comunicação, a atenção primária à saúde; os pontos de atenção secundários e terciários; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos; e o sistema de governança da rede de atenção à saúde. Já os modelos de atenção à saúde são os sistemas lógicos que organizam o funcionamento das redes de atenção à saúde⁶.

Assim, o estudo identificou que alguns profissionais e gerentes compreendem a organização da RAS, bem como o fluxo de atendimento e os serviços disponíveis na questão da integralização dos serviços de atenção primária a atenção terciária.

“Na atenção primária ele tem o acesso ao médico, enfermeiro, ao ACS [...] E a rede secundária o paciente vai pra a unidade especializada onde vai ter profissionais especializados, dermatologistas ou hansenólogos [...]E a rede terciária, além de todas essas, eles têm profissionais capacitados pra tá fazendo pequenas cirurgias.” (Ent. Nº 19 - Gerente)

As redes de atenção devem ser integradas. Para que cada parte e cada ator sejam ligados entre si, se faz necessário uma referência e contrarreferência ágil dos pacientes e do compartilhamento das informações¹². No entanto, alguns profissionais relataram que há dificuldades nesse aspecto, tendo em vista a demora e ausência de informações detalhadas sobre o paciente, prejudicando o vínculo USF e usuário:

“[...]A gente recebe de volta somente confirmando o diagnóstico, entendeu? E sem nada escrito na contrarreferência, vem em branco [...]ou vem somente escrito ‘não se trata de hanseníase’, quer dizer, uma coisa simples, realmente deveria ser uma coisa com mais detalhes.” (Ent. Nº 12 - Profissional)

“Não existe contrarreferência [...] O que existe é um médico que é conhecido meu, que esse médico realmente me contrarreferencia nesses casos, mas é só ele. Os demais médicos, eles não mandam contrarreferência.” (Ent. Nº 6 - Profissional)

Através das entrevistas, foi possível compreender que as principais dificuldades encontradas pelos gestores e profissionais que atuam no atendimento à hanseníase está no que se refere a adesão ao tratamento, busca ativa dos contatos e lista de espera para a marcação de consulta em especialidades clínicas, esta última, realizada pela Central de Regulação Ambulatorial.

“As dificuldades ainda encontro, eu vejo essa regulação que demora [...] Tem paciente que demora, as vezes a gente tem que esperar 6 meses pra marcar um encaminhamento.” (Ent. Nº9- Profissional)

“As dificuldades que a gente tem são os exames dos contatos, então a gente tem dificuldade de quebrar a cadeia por causa que a gente não faz exames nos contatos. A gente tem muita dificuldade na adesão ao tratamento pelos efeitos colaterais da medicação.” (Ent. Nº18- Gerente)

Neste sentido, os gestores do SUS deparam-se com uma demanda excessiva pelos recursos assistenciais nos níveis de especialidades à média e alta complexidade. Estes, se tornam então um ponto crítico da assistência à saúde, pelas longas filas de espera para muitos procedimentos¹³.

As facilidades relatadas referem-se ao acesso aos níveis primário e secundário, assim como a referência. Embora haja divergências em alguns aspectos, a garantia dos medicamentos de forma imediata foi um fator positivo diante os relatos apresentados, o que facilita a adesão imediata do plano terapêutico.

“As facilidades é: primeiro a porta de entrada, é hoje acontecer na atenção básica [...] A gente ter descentralizado o atendimento ao usuário de hanseníase.” (Ent. Nº 20- Gerente)

“A facilidade que a gente tem é o acesso a nível secundário, a contrarreferência do nível secundário para o primário é muito boa, e o acesso a medicação também, a gente tem na farmácia a partir do momento que você faz o diagnóstico na atenção básica ou no nível secundário.” (Ent. Nº 19 – Gerente)

A atenção primária em saúde possui acesso fácil e rápido em âmbito individual e coletivo. É caracterizado por ações que buscam a promoção, prevenção e proteção à saúde. Envolve práticas profissionais tecnológicas e arranjos organizativos que proporcionam diagnósticos precoces, atenção de qualidade e identificação de riscos ambientais ou sanitários, buscando redução de situações mórbidas que demandem ações de maior complexidade¹⁴.

Um dos aspectos importantes para a compreensão da organização da RAS às pessoas atingidas pela hanseníase é conhecer como se dá todo o percurso que é feito pelos próprios usuários dos serviços de saúde para diagnóstico e tratamento da hanseníase. Abaixo segue o fluxograma (Figura 1) demonstrando este percurso.

Diante de todos os serviços de saúde ofertados para diagnóstico e tratamento, foi possível compreender que os usuários adentram na rede através das duas policlínicas de referência no Distrito. Esses serviços acolhem usuários encaminhados de outras unidades e usuários por demanda espontânea, sendo esta última a principal forma de acolhimento para a hanseníase.

Os usuários após perceberem alguma mancha no corpo ou sentirem dores e dormências principalmente nos membros superiores e inferiores, procuram um dos serviços de referências. Sendo poucos os usuários que utilizam as unidades básicas de saúde como porta de entrada para este diagnóstico e tratamento. Mas independente da forma de entrada no serviço, os usuários não relataram queixas sobre demora para marcação da consulta.

Figura 1: Fluxograma analisador do percurso da pessoa atingida pela hanseníase, Distrito Sanitário III, Recife, 2015.

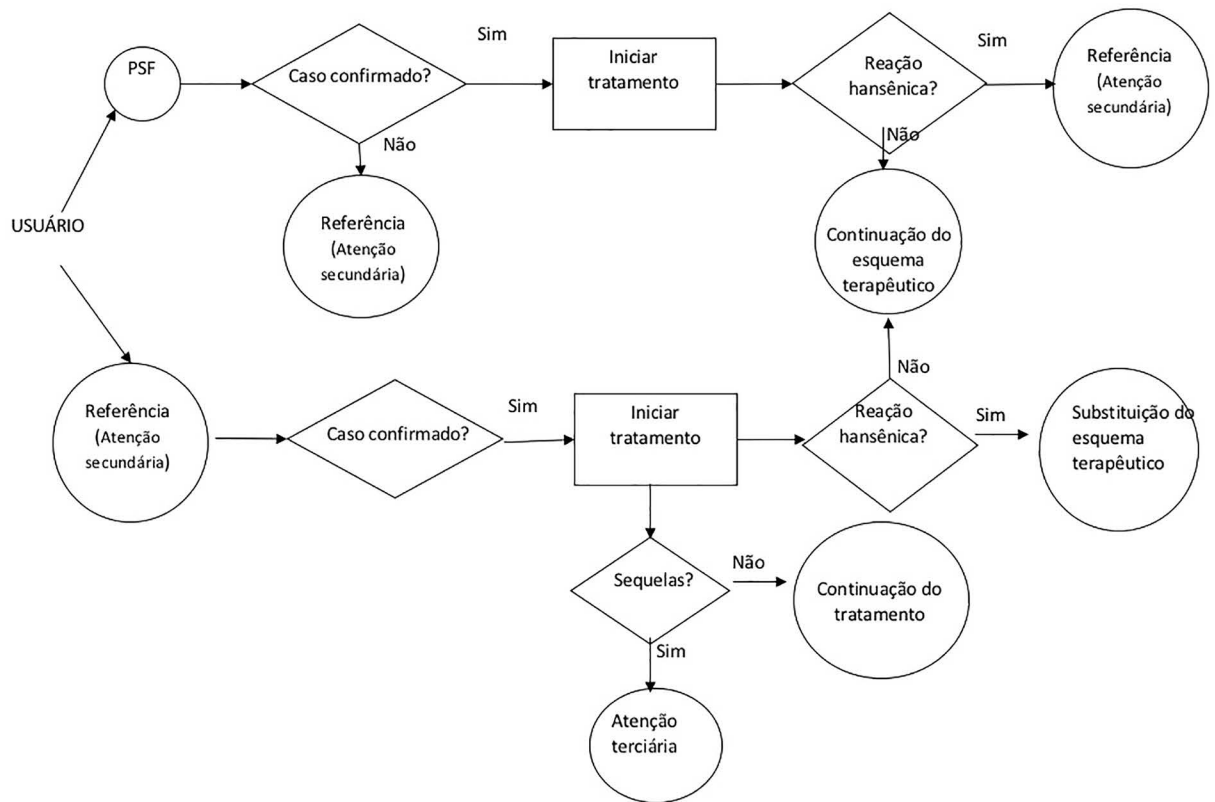


Figura 1. Fluxograma analisador do percurso da pessoa atingida pela hanseníase, Distrito Sanitário III, Recife, 2015.

“Foi aqui no Clementino Fraga. [...] Apareceu as mancha, aí minha mãe veio e marcou a ficha direto aqui.” (Ent. Nº 22 - Usuário)

“Primeiramente eu vim pra cá, pro Albert [...] E aí diagnosticou e já iniciou os tratamento.” (Ent. Nº 30 - Usuário)

Isso gera um contraponto ao que define a USF como sendo a responsável pela organização dos fluxos assistenciais e pelo projeto terapêutico, devendo acompanhar o acesso aos outros níveis da assistência¹³.

Para exames laboratoriais os usuários são encaminhados das Policlínicas para o laboratório de referência distrital, e em seguida voltam para as unidades para o tratamento. Nessas unidades os usuários ainda realizam as consultas com especialistas caso apresentem alguma sequela. De todos os participantes, dois relataram terem precisado de alguma especialidade clínica durante o tratamento:

“[...] Os exames eu fiz no Julião [Laboratório Municipal Julião Paulo da Silva].” (Ent. Nº 25 - Usuário)

“Aí daqui me mandaram lá pra o Julião, que faz o exame lá da orelha, lá no Julião. Aí foi onde descobriu.” (Ent. Nº 26 - Usuário)

“Só fisioterapia” (Ent. Nº 3 – Usuário)

“[...]Ortopedista, reumatologista” (Ent. Nº 5- Usuário)

Apesar de o tratamento ser longo e das possibilidades de efeitos colaterais, os usuários não relataram dificuldades nesse aspecto e em nenhum outro para a realização do mesmo.

Sempre destacaram a rapidez para marcação da consulta e a qualidade no atendimento dos profissionais nas unidades de referência.

“Nenhuma dificuldade, graças a Deus.” (Ent. Nº 31 – Usuário)

“Não demorou não. Foi bem rápido aqui.” (Ent. Nº 31 - Usuário)

“Aqui é ótimo. Gostei daqui.” (Ent. Nº 21 - Usuário)

A qualidade do atendimento é o principal aspecto a ser analisado para a avaliação em saúde. A avaliação possui relevância para a Saúde Pública pois permite a tomada de escolhas para o planejamento, controle técnico e social dos serviços e programas prestados à sociedade. Um fator importante para avaliar a qualidade da assistência é o modo como os cuidados técnicos são dispensados ou recebidos pelo usuário, já que são a estes a quem são destinadas as atividades¹⁵.

E acerca da participação familiar no tratamento, a grande maioria mencionou que seus familiares também foram examinados, tendo apenas um caso isolado de abandono pela família devido à doença.

“É, mandaram a família tomar uma injeção, tomar vacina.” (Ent. Nº 34 - Usuário)

“Tive que levar meu filho e no caso a minha mulher, né?! Pra fazer exame pra saber se tinham pegado, mas graças a Deus nenhum, só foi a mim mesmo. [...] Assim, eu perdi a família, a família me abandonou, Mulher, filho.” (Ent. Nº 26 - Usuário)

A hanseníase traz consigo um forte estigma desde a antiguidade e que deixa marcas sociais e culturais até hoje. Além das incapacidades físicas, há perdas econômicas e traumas psicológicos, visto que a doença causa grande impacto no trabalho e na vida social do paciente, acarretando em perdas sociofamiliares¹⁶.

Foi possível compreender que os usuários adentram na RAS através principalmente das unidades de referência. Os pacientes tem acesso a exames laboratoriais e a consultas com especialistas sempre que necessário, apesar da demora no agendamento.

Para a realização do tratamento, os medicamentos chegam de forma ágil as unidades de saúde e não houveram relatos de dificuldades, por partes dos usuários, para realização do mesmo. No que se refere a busca dos contactantes, há dificuldades apenas na atenção primária. Os pacientes são referenciados sem dificuldades, diferentemente da contrarreferência para algumas USFs.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A RAS em hanseníase no DS III e VII do município do Recife abrange os três níveis de atenção, porém não consegue atender completamente as necessidades dos pacientes por haver diferenças na prestação de serviços entre as unidades de saúde.

Existem lacunas no nível primário onde o mesmo não consegue desempenhar completamente seu vínculo de acompanhamento com o usuário por ausência da procura deste serviço como porta de entrada e pela falha da atenção secundária no que se diz respeito a contrarreferência, que não acontece igualmente entre as USFs. Ainda há problemas na atenção secundária quanto a demora no agendamento de consultas para especialidades clínicas, o que dificulta o tratamento. A limitação deste estudo está na falta de mais informações à atenção terciária pois durante o período de coleta de dados não foram encontrados pacientes que estavam em atendimento neste serviço.

REFERÊNCIAS

- Lana FCF, Davi RFL, Lanza FM, Amaral EP. Detecção da hanseníase e Índice de Desenvolvimento Humano dos municípios de Minas Gerais, Brasil. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2009. [cited 2015 may 13];11(3):539-44. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a10.htm>.
- Alencar CHM, Ramos Junior NA, Sena Neto SA, Murto C, Alencar MJF, Barbosa JC, Heukelbach J. Diagnóstico da hanseníase fora do município de residência: uma abordagem espacial, 2001 a 2009. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2012. [cited 2015 jul. 29]; vol.28 no.9 Rio de Janeiro. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000900008&lng=pt.
- Pereira DL, Brito, LM, Nascimento AH, Ribeiro EL, Lemos KRM, Alves JN et al. Estudo da prevalência das formas clínicas da hanseníase na cidade de Anápolis-GO. Rev. Ensaios e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde [Internet]. 2012 [cited 2015 jun. 15];16(1):55-67. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26025372004>.
- Ribeiro GC, Fabri ACOC, Amaral EP, Machado IE, Lana FCF. Estimativa da prevalência oculta da hanseníase na microrregião de Diamantina - Minas Gerais. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2014 out/dez. [cited 2015 may 13];16(4):728-35. Available from: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i4.22371>.
- Brasil. MS (Ministério da Saúde). Portaria nº 149, de 3 de fevereiro de 2016: Aprova as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da hanseníase [Internet]. Brasília; 2016 [cited 2018 mar. 27]. Available from: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizConsolidacao/comum/1896.html>
- Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Rev. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2010 [cited 2015 mar. 03]; 15(5):2297-2305. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005.
- Malta DC, Merhy EE. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. Rev. Interface - Comunic., Saúde, Educ. [Internet]. 2010 [cited 2014 oct. 10];14(34):593-605. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n34/aop0510.pdf>.
- Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11th. ed. São Paulo: HUCITEC; 2008.
- Assis MMA, Jorge MSB. Métodos de análise em pesquisa qualitativa. In: Santana, JSSS; Nascimento, MAA (Org.). Pesquisa: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social. Feira de Santana: UEFS Editora, 2010. p. 139-59.
- Erdmann AL, Andrade SR, Mello ALSF, Drago LC. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2013 [cited 2015 jun. 29]; 21(Spec):[08 telas]. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_17.pdf.
- World Health Organization. Global Strategy for further reducing the disease burden due to leprosy: plan period: 2011 – 2015. Geneva: WHO; 2010.
- Mendes Ev. Revisão bibliográfica sobre redes de atenção à saúde. Minas Gerais: Secretaria de Estado de Saúde; 2007 [cited 13 out 2014]. Available from: http://www.saude.es.gov.br/download/REVISAO_BIBLIOGRAFICA_SOBRE_AS_REDES_DE_ATENCAO_A_SAUDE.pdf.
- Franco TB, Magalhães Júnior HM. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: Merhy EE, Júnior HMM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS. O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 2nd ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.
- Gondim R, Bomfim RLD, Grabois V, Campos CEA, Gribel EB. Organização da atenção. In: Gondim R, Grabois V, Mendes Junior WV, organizadores. Qualificação dos Gestores do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD; 2011. p.93-120.
- Santiago RF, Mendes ACG, Miranda GMD, Duarte PO, Furtado BMAM, Souza WV. Qualidade do atendimento nas Unidades de Saúde da Família no município de Recife: a percepção do usuários. Rev. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2013. [cited 2015 jun. 29]; 18(1):35-44. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n1/05.pdf>.
- Zimmermann RD, Vieira SG, Sandes NCM, Angelo TDA, SouzaVCS. Percepção de estudantes de Terapia Ocupacional frente ao atendimento de pacientes com hanseníase. Cad. Ter. Ocup. [Internet]. 2014. [cited 2015 jun. 29]; UFSCar, São Carlos, v. 22, n. 2, p. 383-390, 2014. Available from: <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/1069/603>.