

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**JETHER DE ALMEIDA FRANCO JÚNIOR**

**PLANO DE AÇÃO PARA ELIMINAÇÃO DA HANSENÍASE NA ÁREA  
DE ABRANGÊNCIA DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA 2 NO  
MUNICÍPIO DE VARGEM ALEGRE- MG**

**GOVERNADOR VALADARES – MINAS GERAIS**

**2013**

**JETHER DE ALMEIDA FRANCO JÚNIOR**

**PLANO DE AÇÃO PARA ELIMINAÇÃO DA HANSENÍASE NA ÁREA  
DE ABRANGÊNCIA DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA 2 NO  
MUNICÍPIO DE VARGEM ALEGRE- MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção de certificado de especialista.

Orientador: Profº Antônio Leite Alves Radicchi

GOVERNADOR VALADARES – MINAS GERAIS

2013

**JETHER DE ALMEIDA FRANCO JÚNIOR**

**PLANO DE AÇÃO PARA ELIMINAÇÃO DA HANSENÍASE NA ÁREA  
DE ABRANGÊNCIA DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA 2 NO  
MUNICÍPIO DE VARGEM ALEGRE- MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção de certificado de especialista.

Orientador: Profº Antônio Leite Alves Radicchi

Banca Examinadora

Prof. Antônio Leite Alves Radicchi - Orientador

Prof. Alexandre Sampaio Moura - Examinador

Aprovado em Belo Horizonte, 07 de dezembro de 2013.

À minha esposa (Silvania) e a meus filhos (Pedro e Tiago) com todo o meu amor, por serem fontes eternas de motivação para seguir, a cada dia, em busca de ser melhor.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus por ter me guardado e permitido participar deste curso. Por ter me guiado e protegido nas viagens a Governador Valadares.

A todos os professores, que me desafiaram, instigaram e abriram novos horizontes.

Aos membros da equipe de saúde do município de Vargem Alegre onde a cada dia há sempre um aprendizado e que contribuem para o desenvolvimento da saúde no município.

“E aconteceu que, indo ele a Jerusalém, passou pelo meio de Samaria e da Galiléia; e, entrando numa certa aldeia, saíram-lhe ao encontro dez homens leprosos, os quais pararam de longe; e levantaram a voz, dizendo: Jesus, Mestre, tem misericórdia de nós. E ele, vendo-os, disse-lhes: Ide, e mostrai-vos aos sacerdotes. E aconteceu que, indo eles, ficaram limpos. E um deles, vendo que estava são, voltou glorificando a Deus em alta voz; e caiu aos seus pés, com o rosto em terra, dando-lhe graças; e este era samaritano. E, respondendo Jesus, disse: Não foram dez os limpos? E onde estão os nove? Não houve quem voltasse para dar glória a Deus senão este estrangeiro? E disse-lhe: Levanta-te, e vai; a tua fé te salvou. E, interrogado pelos fariseus sobre quando havia de vir o reino de Deus, respondeu-lhes, e disse: O reino de Deus não vem com aparência exterior. Nem dirão: Ei-lo aqui, ou: Ei-lo ali; porque eis que o reino de Deus está entre vós.”

(BÍBLIA SAGRADA. Lucas 17: 11-21)

## RESUMO

O presente trabalho se empenha em elaborar um plano de ação para controle e eliminação da hanseníase na área de atenção de uma equipe de saúde da família no município de Vargem Alegre- Minas Gerais. Para isso se propõe em realizar estudo sobre a enfermidade e condições de trabalho da equipe de saúde local e assim propor medidas que possam atender a essas expectativas e mudem a forma do trabalho de controle desse agravo. A metodologia empregada foi de se realizar um planejamento estratégico para eliminação e controle da hanseníase na área adscrita que incluiu o diagnóstico situacional da área adscrita para definição dos pontos que carecem de ação da equipe de saúde local e se baseou em trabalhos e projetos já existentes da enfermidade em questão. As ações já se iniciaram durante o planejamento para sua execução e os resultados virão a curto e em longo prazo, contribuindo para melhorar a qualidade de vida da comunidade de Vargem Alegre.

**Palavras-chave:** hanseníase, eliminação, estratégia de saúde da família.

## ABSTRAT

This study strives to develop an action plan for control and leprosy elimination in an area under the responsibility of a health family strategy from Vargem Alegre-Minas Gerais. We conducted a review of the disease and of the working conditions of the professionals from the local health team in order to suggest actions that can help to control the disease. The methodology used was an strategic planning for Leprosy control and elimination in that given area that included a situational diagnosis of the gaps that needed attention from the local health team care and relied in already existent projects aimed at dealing with the disease in matter. Actions have been initiated during the planning for its accomplishment and the results will come in the short and long term helping to improve life quality in Vargem Alegre community.

**Keywords:** leprosy, elimination, health family strategy.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ACS- Agente Comunitário de Saúde

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

MB- Multibacilar

OMS- Organização Mundial da Saúde

PACS- Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PB- Paucibacilar

PNEH- Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase

PQT- Poliquimioterapia

PES- Planejamento Estratégico Situacional

PSF- Programa de Saúde da Família

SIAB- Sistema de Informação da Atenção Básica

SUS- Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>Introdução e justificativa</b>	<b>11</b>
<b>2</b>	<b>Objetivos</b>	<b>14</b>
<b>3</b>	<b>Metodologia</b>	<b>15</b>
	<b>3.1 Caracterização da área de estudo</b>	<b>16</b>
	<b>3.2 Descrição do estudo</b>	<b>16</b>
	<b>3.3 Definição da população-alvo</b>	<b>16</b>
	<b>3.4 Instrumentos para a coleta de dados</b>	<b>16</b>
	<b>3.5 Planejamento estratégico</b>	<b>16</b>
<b>4</b>	<b>Revisão de literatura</b>	<b>18</b>
	<b>4.1 Hanseníase: conceitos e características</b>	<b>18</b>
	<b>4.2 Programa de saúde da família</b>	<b>20</b>
<b>5</b>	<b>Desenho das operações</b>	<b>23</b>
	<b>5.1 Vamos des-manchar Vargem Alegre</b>	<b>23</b>
	<b>5.2 Recursos críticos</b>	<b>24</b>
	<b>5.3 Análise de viabilidade</b>	<b>24</b>
	<b>5.4 Operação do plano</b>	<b>24</b>
	<b>5.5 Gestão do plano</b>	<b>25</b>
<b>6</b>	<b>Conclusão</b>	<b>26</b>
	<b>Referências</b>	<b>27</b>

## **1 Introdução e justificativa:**

O presente trabalho se empenha em elaborar um plano de ação para controle e eliminação da hanseníase na área de atenção de uma equipe de saúde da família no município de Vargem Alegre- MG. Para isso se propõe em realizar estudo sobre a enfermidade e condições de trabalho da equipe de saúde local e assim propor medidas que possam atender a essas expectativas e mudem a forma do trabalho de controle desse agravo.

O município de Vargem Alegre fundado em 1947 e emancipado em data de 21 de dezembro de 1995 pela Lei Estadual nº 20/95 (LEI ORGANICA DO MUNICÍPIO.1999). No momento está em sua quinta gestão municipal, portanto é um município jovem. Fica situado na região leste do Estado de Minas Gerais, na vertente do Caparaó, a 140 km de Governador Valadares. O município possui área de 11,66 Km<sup>2</sup> e população estimada de 6635 habitantes (IBGE. 2013), conta com três equipes de PSF (Programa de Saúde da Família) com cobertura de 100% da população e duas unidades de saúde bem estruturadas. Sua economia se baseia em comercio, indústria, agricultura, funcionalismo público. Grande parte da urbanização ocorreu após sua emancipação, sendo um processo rápido e desorganizado, sem infraestrutura adequada.

O PSF foi instaurado no município logo na primeira gestão, tendo iniciado como PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) e sendo logo em seguida implantado o PSF. Hoje são três equipes: PSF 1, PSF 2, PSF 3. As equipes do PSF 1 e PSF 2 dividem a mesmo espaço físico(mesma unidade) para atendimento e fazem somente atendimento à área urbana. Já a equipe PSF 3 tem unidade própria (onde, também, estão as equipes de saúde bucal) e realiza atendimento à área urbana e rural.

Nossa equipe, o PSF 2, é composta por um médico, uma enfermeira, um técnico em enfermagem e seis ACS (Agentes Comunitários de Saúde) e somos responsáveis pelo atendimento de 794 famílias e um total 2431 moradores. A maioria dos moradores de nossa área, bem como em todo o município, são provenientes de área rural e preservam hábitos e costumes que influem na condição de saúde, tais como dieta rica em gorduras e destino incorreto ao lixo.

Após realização do diagnóstico situacional foi possível identificar problemas que comprometem a saúde da população local dentre eles a hanseníase. O diagnóstico situacional foi realizado mediante coleta de dados por observação ativa,

entrevista com informantes-chave e de consulta base de dados secundária (SIAB- Sistema de Informação da Atenção Básica) por ação conjunta da equipe formada pelos profissionais de nossa equipe PSF 2 e pessoas da comunidade( comuns e lideranças locais). Os dados coletados servem para sintetizar o diagnóstico situacional da área de abrangência da nossa equipe sendo um importante passo para o conhecimento da área de atuação da equipe e para o planejamento de ações a serem realizadas por nossa equipe. Após análise de todos os dados coletados, no processo de realização do diagnóstico situacional, podemos detectar os desafios e problemas a serem superados e corrigidos em nosso município:

- Falta de lazer,
- Falta de saneamento básico- calçamento, destino correto ao lixo e esgoto,
- Desemprego,
- Sedentarismo,
- Drogas,
- Gravidez na adolescência e planejamento familiar,
- Proliferação de pernilongos com risco de transmissão de doenças;
- Risco cardiovascular aumentado,
- Hanseníase,
- Maior atenção aos programas básicos do PSF e promoção da saúde, pois o trabalho está muito focado na demanda.

O município de Vargem Alegre ,assim como muitos por todo Brasil, tem registrado com frequência casos de hanseníase, o que a torna endêmica no município. Infelizmente, não existe a nível local um serviço estruturado pra atuar no controle da doença e suas complicações. Devido ao padrão de multiplicação do bacilo a doença progride lentamente. Entre o contato com a pessoa doente e o aparecimento dos primeiros sinais pode levar em media de 2 a 5 anos(BRASIL. 2008). Tendo em vista tal condição o monitoramento dos pacientes e seus contatos devem ser contínuo e por longo prazo. Por ser uma doença crônica a Hanseníase tem que ser vista como tal e não apenas como enfermidade que se usa um “coquetel” por tempo definido e resolve. Muito pelo contrário devemos estar frequentemente vigilantes para ocorrência de novos casos dentre os contatos, de complicações e reações com os doentes.

Com base nos estudos realizados e nas necessidades detectadas, a Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais criou a “Linha-guia em hanseníase, destinada aos profissionais de saúde que atendem hanseníase na atenção primária. A hanseníase representa ainda hoje, um problema de saúde pública em Minas Gerais. Doença infecciosa, fácil para tratar e curar, tem como fator agravante a repercussão sócio psicológica gerada pelas incapacidades físicas, que podem ocorrer na evolução da doença e que são a grande causa do estigma e isolamento do paciente na sociedade. O diagnóstico precoce e o tratamento adequado permitem que a doença se cure sem deixar sequelas. É de suma importância, portanto, que o profissional de saúde tenha subsídios que facilitem identificar, diagnosticar e tratar a hanseníase. O presente instrumento é parte das medidas que vem sendo adotadas em Minas Gerais para a eliminação da hanseníase como problema de saúde pública. Eliminar não é erradicar, mas significa alcançar e manter a taxa de prevalência menor de 1 caso em cada 10.000 habitantes. Nos últimos anos o Estado tem detectado mais de 3.000 casos novos por ano o que exige a manutenção de serviços capacitados para o diagnóstico e tratamento, visando a manutenção da pessoa com hanseníase na sociedade, sem incapacidades e deformidades. Este é o real desafio que se espera alcançar com um atendimento humanizado, adequado e resolutivo para todos os usuários do Sistema Único de Saúde, incluindo a pessoa com hanseníase” (MINAS GERAIS. 2006.p 7). Como em nossa área adscrita temos dois casos ativos num total de 2431 moradores isso já coloca o nosso município distante da meta planejada pelas esferas federal e estadual, por isso temos que realizar um trabalho que venha impactar sobre o atual perfil epidemiológico local e eliminação desta enfermidade, sendo esta a nossa meta com a execução do presente trabalho.

O Ministério da Saúde lançou em 2006 “O Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase (PNEH) em nível municipal 2006-2011” tendo como meta a redução na prevalência, para o ano de 2010, de menos de um caso para 10000 habitantes a ser alcançada por todos os municípios do país (BRASIL.2006). COSTA et al(2010) publicou trabalho sobre o PNEH fazendo um estudo sobre a avaliabilidade do programa e suas ações em âmbito estadual e municipal e classificando como avaliável, mas faz ponderações em fatores que influem na sua efetivação.

O PSF capaz de ser resolutivo e de estabelecer vínculos de compromisso e responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população numa prática de

saúde integral e participativa, deve ter como guia princípios que organize o programa e sirva como farol para que o mesmo não se perca. São características que em sua grande maioria contrapõe toda uma prática assistencial formada, mas que deve ser refeita e construída em prol de um novo modelo assistencial (SOUZA, 2001).

O PSF tem na família o seu objeto de atenção, o qual permite ampliar a compreensão do processo de saúde e doença e promover a luta por melhores condições de vida, com intervenções mais eficientes e significativas. Com planejamento de ações que têm objetivos a serem alcançados permite o sucesso do trabalho a ser desenvolvido. Ciente da impossibilidade de resolução imediata dos problemas identificados e da limitação da equipe frente a alguns considerou os seguintes pontos para escolha da hanseníase, que tem alta incidência em nosso município, como foco de nossa ação:

- Importância social e epidemiológica;
- Capacidade de enfrentamento;
- Dificuldade para assistência humanizada e prevenção de agravos;
- Deficiência na comunicação e organização do serviço prestado;
- Deficiência de serviço de reabilitação;
- Dificuldade na formação profissional e vínculo junto à comunidade;
- Complicações com comprometimento funcional.

## **2 Objetivos:**

O presente trabalho busca revisar conceitos relevantes para manejo e controle da hanseníase e propor um plano de ação para sua eliminação em nossa área de atuação. Como em todo trabalho de intervenção, apresentamos a seguir os resultados esperados do presente trabalho:

- Realizar o diagnóstico situacional da enfermidade na área de atuação;
- Avaliar a capacidade de enfrentamento do problema;
- Definir recursos críticos;
- Realizar análise da viabilidade da ação proposta;
- Definir a operação a ser realizada;
- Definir gestão do plano da operação apresentado;
- Desenvolver operação que elimine a hanseníase do município;

Avaliando as características da enfermidade e a realidade do nosso serviço podemos definir pontos que quando modificados poderão transformar a realidade local e conseqüentemente eliminar a doença. Seguem abaixo listados:

- Melhorar serviço de busca ativa através de rastreio de pacientes previamente tratados e avaliação de contatos recentes e prévios destes;
- Melhorar serviço de atenção aos doentes e seus contatos;
- Definir local de referência no serviço para apoio aos enfermos;
- Melhorar o fluxo e acesso ao serviço;
- Melhorar a comunicação entre os setores e serviços;
- Melhorar no serviço de arquivo e de registros de casos e contatos;
- Elaboração de formulário de referência e contra referência para casos que careçam de avaliação especializada;
- Melhorias no serviço de reabilitação.

### **3 Metodologia**

Segundo Leopardi (2002), a pesquisa em saúde é mais que uma incorporação de conteúdos científicos ao saber cotidiano; é um aprender a perceber, a pensar e a sentir. Considera ainda que pensar pesquisa em saúde, hoje, é pensar sobre as condições em que ela se realiza, sobre os objetivos particulares dos indivíduos, sobre o seu significado para a vida pessoal e coletiva.

As pesquisas podem ser classificadas em exploratórias, explicativas e descritivas, tendo a pesquisa descritiva o objetivo de descrever as características de uma população ou de um fenômeno e utiliza técnicas padronizadas para coleta de dados, como o questionário. “Entre as pesquisas descritivas, salientam-se aquelas que têm por objetivo estudar as características de um grupo: sua distribuição por idade, sexo, procedência, nível de escolaridade, estado de saúde física e mental, etc” (GIL, 2002, p. 42).

Quanto à pesquisa bibliográfica, ela “[...] é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos” e “boa parte dos estudos exploratórios pode ser definida como pesquisas bibliográficas”, nas quais os livros são a fonte por excelência, especialmente os livros de referência ou de consulta (GIL, 2002, p. 44).

### **3.1 Caracterização da área de estudo**

O município de Vargem Alegre- MG foi escolhido para estudo em virtude da facilidade de acesso ao local e ao conhecimento que o autor da pesquisa tem da região e de seus habitantes, visto exercer sua prática profissional no município escolhido para pesquisa, participando de uma das equipes do Programa de Saúde da Família numa das unidades de saúde locais.

### **3.2 Descrição do estudo**

O presente trabalho foi realizado mediante coleta de dados por observação ativa, entrevista com informantes-chave e de consulta base de dados secundária do SIAB para se ter um diagnóstico situacional.

Foi proposto reuniões no serviço de saúde com gestor e equipe para apresentação projeto e propostas para sua execução, onde foi elaborado o projeto de eliminação da hanseníase a nível de área de atuação e onde surgiu o nome para o projeto:” VAMOS DES-MANCHAR VARGEM ALEGRE”.

O trabalho foi baseado em pesquisa bibliográfica sobre a enfermidade e programa de saúde da família, bem como revisão bibliográfica sobre programas e projetos de erradicação da doença já existentes e adequação à nossa realidade.

### **3.3 Definição da população alvo**

O público-alvo foram 794 famílias e um total 2431 moradores registrados no Programa de Saúde da Família da Secretaria de Saúde de Vargem Alegre- MG atendidos pelo PSF 2. Foram considerados público-alvo os moradores da área adscrita da equipe do PSF2.

### **3.4 Instrumentos para a coleta de dados**

Foi utilizado coleta de dados por observação ativa, entrevista com informantes-chave e de consulta base de dados secundária do SIAB para se ter um diagnóstico situacional.

A pesquisa bibliográfica foi realizada em livros, artigos de revistas e da Internet e em monografias, a fim de obter base teórica sobre o assunto pesquisado.

### **3.5 Planejamento estratégico**

Para elaboração do plano de ação é fundamental se utilizar um enfoque estratégico de planejamento que permita apreender a complexidade dos processos sociais e que, ao mesmo tempo, forneça ferramentas operacionais para a construção de projeto para o enfrentamento de problemas estratégicos e que resulte num impacto positivo na qualidade de vida da população. Para propor este plano de

ação precisamos de uma análise ampla, multissetorial e interdisciplinar que articule as distintas dimensões da realidade e devem envolver os diferentes atores, desde os níveis governamentais até a comunidade organizada em torno de propostas concretas na busca de soluções criativas.

O Planejamento Estratégico Situacional- PES foi idealizado por Matus, autor chileno, a partir de sua vivência como ministro da economia do governo Allende, no período de 1970-1973, e da análise de outras experiências de planejamento normativo ou tradicional na América Latina cujos fracassos e limites instigaram um profundo questionamento sobre os enfoques e métodos utilizados. O enfoque do Planejamento Estratégico Situacional surge, então, no âmbito mais geral do planejamento econômico-social e vem sendo crescentemente adaptado e utilizado em áreas como saúde, educação e planejamento urbano, por exemplo. O conceito de momento, formulado para superar a idéia de “etapas”, muito rígida, implica numa visão dinâmica do processo de planejamento, que se caracteriza pela permanente interação de suas fases ou momentos e pela constante retomada dos mesmos. O Método PES prevê quatro momentos para o processamento técnico-político dos problemas: os momentos explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional. Cada um desses momentos possui suas ferramentas metodológicas específicas, que podem, no entanto, ser retomadas nos demais (ARTMANN. 2000). Desse modo apresentamos momentos do planejamento do presente trabalho que nos permitiram elaborar o desenho da operação “VAMOS DES-MANCHAR VARGEM ALEGRE”:

- Momento explicativo: Após análise do diagnóstico situacional, podemos detectar os desafios e problemas a serem superados e corrigidos em nosso município e explicamos, mediante a capacidade de enfrentamento, a escolha pela Hanseníase. Através de reuniões entre equipe, conselho municipal de saúde e gestores em que foi proposta uma revisão sistemática de programas de eliminação da enfermidade já existentes. Avaliando as características da enfermidade e a realidade do nosso serviço podemos definir pontos que quando modificados poderão transformar a realidade local e conseqüentemente eliminar a doença e impactar sobre a qualidade de vida da população adscrita.
- Momento normativo: após avaliação positiva dos participantes da capacidade de enfrentamento da equipe frente ao agravo foi proposto o desenho da operação de controle e eliminação da enfermidade da área

adscrita. Sendo definidos pontos cruciais a serem corrigidos que definirão o sucesso do trabalho proposto.

- Momento estratégico: Foi proposto o projeto de eliminação da hanseníase a nível de área de atuação e onde surgiu o nome para o projeto: "VAMOS DES-MANCHAR VARGEM ALEGRE". Para efetivação deste trabalho foram definidos os recursos críticos, resultados e produtos da operação, bem como os responsáveis e prazo para execução.
- Momento tático-operacional: Foram definidos como responsáveis pela operação o médico e enfermeira da equipe, por terem participação direta na elaboração do trabalho e participação efetiva na equipe. A proposta de intervenção por este projeto será a longo prazo e necessita de atenção e ação integrada da gestão e profissionais da equipe envolvida.

O detalhamento das etapas da operação "VAMOS DES-MANCHAR VARGEM ALEGRE" será apresentado em item subsequente, sendo fruto de reuniões, e ações integrada da equipe, gestores e conselho municipal de saúde.

As palavras-chave deste trabalho foram: hanseníase, eliminação, Programa de Saúde da Família.

## **4 Revisão de literatura**

### **4.1 Hanseníase: conceitos e características**

A hanseníase é uma doença de notificação compulsória, em todo território nacional e de investigação obrigatória (BRASIL. 2008;BRASIL.2000). É uma doença infecto-contagiosa que atinge pele e nervos e causa incapacidade se não tratada na fase inicial. O agente etiológico é o *Mycobacterium leprae*, parasita intracelular obrigatório, bacilo álcool-acido-resistente, de multiplicação lenta e não cultivado em meio artificial. A transmissão ocorre em especial pelas vias aéreas superiores. A maior parte da população é resistente á doença. A profilaxia deve ser realizada pelo exame clínico dermatoneurológico anual dos contatos domiciliares de pacientes multibacilares por cinco anos e de pacientes paucibacilares por dois anos e pela aplicação de duas doses da vacina BCG com intervalos de seis meses (TRINDADE. 2001). Por contato entendem-se aqueles indivíduos que convivem ou conviveram com o doente nos últimos cinco anos (BERNARDI. 2004). O período de incubação varia devido ao padrão de multiplicação do bacilo, a doença progride lentamente.

Entre o contato com a pessoa doente e o aparecimento dos primeiros sinais pode levar em média 2 a 5 anos (BRASIL.2008).

Atualmente, o Brasil congrega mais de 80% dos casos de hanseníase do continente americano, com prevalência no ponto de 2,6 por 10.000 habitantes, com mais de 40.000 casos novos, e é o único país da região ainda considerado endêmico(MARTELLI et al.2002). A hanseníase tem apresentado uma redução significativa da prevalência na última década, mas ainda são detectados por ano cerca de 50 mil casos. A taxa de detecção em 2007 foi de 21,2 por 100 mil habitantes. A meta proposta pela OMS (Organização Mundial da Saúde) é alcançar a prevalência de 1/10.000 habitantes. O Programa Nacional de Controle da Hanseníase estabelece como prioridade a redução de casos em menores de 15 anos de idade. Para tanto, é necessária a integração com a atenção básica, de maneira a tornar mais acessíveis o diagnóstico e o tratamento, além de melhorar a vigilância dos contatos, quebrando a cadeia de transmissão (BRASIL.2010). O ambiente domiciliar é um dos principais locais de transmissão da doença (BERNARDI. 2004).

Visando o tratamento com o esquema PQT/OMS (poliquimioterapia), a classificação operacional do caso de hanseníase é baseada no número de lesões cutâneas de acordo com os seguintes critérios:

- Paucibacilar (PB) – casos com até cinco lesões de pele;
- Multibacilar (MB) – casos com mais de cinco lesões de pele.

A baciloscopia de pele (esfregaço dérmico), quando disponível, deve ser utilizada como exame complementar para a classificação dos casos em PB ou MB. A baciloscopia positiva classifica o caso como MB, independentemente do número de lesões. O resultado negativo da baciloscopia não exclui o diagnóstico de hanseníase. O tempo de tratamento varia de seis meses a um ano dependendo da forma clínica apresentada (BRASIL. 2008).

É a mais importante causa de neuropatia periférica em países do Terceiro Mundo. É uma doença que afeta, sobretudo, a pele e o sistema nervoso periférico. Os ramos nervosos intracutâneos e, portanto, superficiais do sistema nervoso periférico são lesados frequentemente. Tais ramos são predominantemente sensitivos, e o fator que os faz suscetíveis à invasão pelo bacilo é a sua temperatura. Regra geral, quanto mais profundo o ramo ou o tronco nervoso, maior

a temperatura e menor a susceptibilidade à invasão e proliferação bacilar (BARREIRA, 2001).

A Hanseníase por ser doença historicamente debilitante, deformante causa estigma da população e da própria equipe durante o trabalho de cuidar de doentes. Infelizmente tem relação direta com precariedade sócio financeira. Durante realização do diagnóstico situacional nos deparamos com registros de casos desta enfermidade em nossa área que não tinham devida assistência bem como os contatos não tiveram qualquer suporte da equipe. A OMS considera que a hanseníase está eliminada de determinada área quando se consegue manter da prevalência de menos de um (1) caso para cada 10000 habitantes, sendo assim nossa área tem registro de dois casos numa população de 2431 pessoas o nos leva a realizar o presente plano de controle da doença em nossa área de cobertura.

#### **4.2 Programa de saúde da família**

Conhecer os pacientes, suas necessidades e características, é uma necessidade para que os recursos sejam alocados de forma racional e eficiente no tratamento e conservação de sua saúde.

O PSF é a estratégia escolhida pelo Ministério da Saúde para dar novos rumos ao modelo assistencial do Sistema Único de Saúde. O programa teve início em 1991 e representa o primeiro contato das pessoas com os serviços de saúde. Acredita-se que cerca de 85% dos problemas possam ser resolvidos nas próprias comunidades, evitando internações, remoções, viagens e melhorando a qualidade de vida. Hoje, o conceito de vida saudável está alicerçado na qualidade de vida e conta com a ação de vários profissionais e com a participação popular (COSTA; CARBONE, 2004).

O Programa de Saúde da Família- PSF, do Sistema Único de Saúde do Brasil- SUS, é formado por equipes multiprofissionais que contam, no mínimo, com um médico generalista ou de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde. Eles são responsáveis pela assistência integral à saúde de cerca de 800 famílias residentes em um território bem definido e seu trabalho pode ser complementado por Equipes de Saúde Bucal, que são formadas por um odontólogo, um auxiliar de consultório dentário e um técnico de higiene dental. Este programa teve início em 1994 e, no fim de 2005, contava com mais de 24 mil equipes, 12 mil das quais contando com a Equipe de Saúde Bucal. Está presente em 90% dos municípios brasileiros e atende a 78

milhões de pessoas, 44% dos brasileiros, sendo uma estratégia de grande alcance no cuidado da saúde (ANDRADE *et al.*, 2006).

O PSF é guiado pelos princípios do SUS: “[...] acessibilidade, resolubilidade, regionalização, descentralização, hierarquização e participação popular”(ANDRADE *et al.*, 2006, p. 89). Prioriza a promoção da saúde com atenção integral, e as ações de saúde buscam promover, prevenir, curar e reabilitar. Tem seu foco no coletivo porque as pessoas estão inseridas em famílias e não é um modelo acabado, está sendo construído enquanto cresce e é aceito pelo povo. Sua descentralização respeita as diversas realidades municipais e estaduais onde atua (ANDRADE *et al.*, 2006).

Uma equipe de saúde da família para atendimento no PSF é organizada a partir das seguintes etapas (ANDRADE *et al.*, 2006; COSTA; CARBONE, 2004):

- a) Definição do território de abrangência: definição feita de forma democrática pela comunidade e pelos técnicos da secretaria de saúde, com características detalhadas e elaboração de mapa;
- b) Adscrição da clientela: processo consolidado com o cadastramento das famílias adscritas pelos agentes de saúde, através da Ficha de Cadastramento Familiar, padronizada pelo Ministério da Saúde (Ficha A do Sistema de Informação da Atenção Básica), a qual contém dados demográficos, sociais e de utilização do serviço de saúde e deve ser preenchida durante as visitas aos domicílios; cada unidade de saúde atua com uma ou mais equipes de profissionais, dependendo do número de famílias vinculadas a ela;
- c) Diagnóstico da saúde da comunidade: cálculo dos indicadores de saúde feito com o uso de um *software* disponibilizado pelo Ministério da Saúde em seu portal, por meio da rede de informação para saúde;
- d) Organização da demanda: organização da demanda a fim de enfrentar desafios como dar atenção a pessoas saudáveis, priorizar grupos com maior risco de adoecer e morrer e atendê-los em domicílio; identificação de problemas de saúde não percebidos pela população, como desnutrição infantil, anemia, hanseníase e, ao mesmo tempo, não ignorar a demanda espontânea e humanizar o seu atendimento através do acolhimento e do aumento da resolubilidade;

- e) Trabalho em equipe multiprofissional: inclusão de outras categorias profissionais na equipe para atender dentro da especialidade de cada um aos problemas individuais e biológicos de saúde, aos problemas coletivos e socioculturais das pessoas e das comunidades pelas quais a equipe é responsável; o desenvolvimento de um bom trabalho com esta equipe depende do estabelecimento de relações construtivas entre seus membros; cada equipe conta, no mínimo, com um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários, podendo, também, contar com dentistas, assistentes sociais e psicólogos como equipe de apoio;
- f) Enfoque da atenção à saúde da família e da comunidade: enfoque integral à família, compreendendo todos os seus membros dentro do seu contexto socioeconômico, cultural e psicológico, dentro do seu espaço social, respeitando as características de cada família e contribuindo para superar conflitos danosos a seus membros; a equipe deve procurar compreender a família de forma integral, identificar as relações da família com a comunidade e identificar os processos de violência no meio familiar para tratá-los dentro dos preceitos legais e éticos existentes;
- g) Estímulo à participação e controle social: fortalecimento das equipes através de suas bases, nos conselhos distritais e municipais;
- h) Organização de ações de promoção à saúde: direcionamento destas ações para o objetivo principal de promover a saúde do indivíduo, da família e da comunidade através das ações de responsabilidade de toda a sociedade; a prevenção às doenças faz parte da promoção da saúde e inclui a atuação sobre as causas das doenças; as ações de cura e de reabilitação estão também incluídas na atenção integral à saúde da população adscrita;
- i) Resgate da medicina popular: valorização das rezadeiras e curandeiros como agentes não-formais de saúde que contam com o respeito da comunidade e que podem ser mobilizados para apoiar as ações do SUS;
- j) Organização de um espaço de co-gestão coletiva na equipe: criação de um espaço democrático e participativo de debate e decisão para que a equipe de saúde da família possa exercer os princípios norteadores de suas ações dentro da ética e de forma integral;
- k) Identificação dos serviços de referência no nível secundário e terciário: mapeamento, com apoio dos gestores municipais e estadual de saúde, da

rede de serviços de saúde secundários (ambulatórios e hospitais de pequeno e médio porte) e terciários credenciados ao SUS;

- l) Monitoramento da situação de saúde no seu território de abrangência: monitoramento contínuo do território para acompanhamento dos resultados das ações da equipe sobre a saúde da população; organização dos sistemas municipais de informação;
- m) Educação permanente em saúde: organização de um processo permanente de educação porque a implementação de uma política de saúde universal requer conhecimentos atualizados e domínio de novas tecnologias, práticas e saberes e a educação permanente viabiliza o crescimento técnico e profissional dos agentes de saúde.

O PSF tem alcançado resultados positivos, consolidados nos indicadores de saúde das populações a que atende e na satisfação de seus usuários. Há redução de doenças, aumento de atendimentos pré-natais, declínio da mortalidade infantil. A população brasileira tem aprovado a atuação do PSF e vem exigindo a sua ampliação (ANDRADE *et al.*, 2006).

Devido às características de ação e planejamento, conceituais do programa de saúde da família, acreditamos que seja possível a implementação do presente trabalho como forma de obter dados capazes de guiar a política municipal de saúde direcionada para este setor e atender melhor os indivíduos cadastrados no PSF.

## **5. Desenho da operação**

### **5.1 Vamos des-manchar Vargem Alegre**

Após reuniões com equipe elaboramos um nome para o presente trabalho que foi batizado como o nome da operação: “VAMOS DES-MANCHAR VARGEM ALEGRE”. Pelo fato de a doença se caracterizar pelo aparecimento de manchas pelo corpo sugerimos a expressão desmanchar que seria eliminar a doença de nossa área de atenção. Tal trabalho se daria através de:

- Estruturar e capacitar a equipe para o diagnóstico precoce;
- Definir as redes de atenção e apoio- laboratório, fisioterapia, farmácia, equipe;
- Organizar o serviço de referência e contra referência;
- Informação sobre doença, profilaxia, tratamento e cura;
- Organizar serviço de cadastro, controle e rastreio;

- Mobilização da participação popular, lideranças locais, esclarecimentos acerca da doença e melhorar relação da equipe junto à comunidade.

## **5.2 Recursos críticos**

Para efetivação deste trabalho precisamos de recursos críticos para o sucesso da operação “VAMOS DES-MANCHAR VARGEM ALEGRE”:

- Organizacional- definir espaço e capacitação; definir serviço de referência e contra referência, melhorar arquivos e cadastros, melhorar interação e comunicação da equipe e população;
- Cognitivos- informação sobre doença, aplicar conhecimentos adquiridos;
- Político e Administrativo- articulação inter setorial, viabilizar recursos para serviço, conseguir apoio local para divulgação sobre doença e campanhas, apoio do gestor, mobilização da comunidade (participação popular), adesão do funcionalismo;
- Financeiro- recursos para aquisição de material audiovisual e informação (panfletos, divulgação), recursos para custeio (exames, consultas especializadas, medicação..).

## **5.3 Análise de viabilidade**

Atores que controlam recursos críticos do projeto “VAMOS DES-MANCHAR VARGEM ALEGRE”:

- Secretaria Municipal de Saúde;
- Coordenação da equipe de Saúde da Família;
- Conselho Municipal de Saúde;
- Equipe de Saúde da Família.

A motivação dos atores foi classificada com favorável além de ter considerado a capacidade de enfrentamento ser alta e necessidade de recursos ser baixa, colocando-se a disposição para efetuação.

## **5.4 Operação do plano**

Como apresentado anteriormente as características de infectividade, patogenicidade e período de incubação classificam a hanseníase como enfermidade que necessita de atenção contínua e em longo prazo. Sendo assim, definimos que o projeto tem tempo definido para iniciar, mas o tempo para finalizar é incerto, com duração mínima de 5 anos. Foram definidos como responsáveis pela operação o

médico e enfermeira da equipe, por terem participação direta na elaboração do trabalho e participação efetiva na equipe.

**QUADRO 2-Desenho da operação “VAMOS DES-MANCHAR VARGEM ALEGRE”**

Resultados	Melhorar o fluxo e acesso ao serviço; Melhorar a comunicação entre os setores e serviços; Melhoria na atenção aos portadores da doença e contatos; Melhorias no serviço de reabilitação; Reduzir o número de portadores de sequela e complicações; Erradicação da doença no município.
Produtos	Trabalho de conscientização; Capacitação da equipe; Informação sobre doença e organização do serviço; Participação da equipe; Sensibilização do gestor e coordenação; Diagnóstico precoce, prevenção de agravos e complicações; Colaboração da comunidade.
Responsáveis	Médico e enfermeira que compõem a equipe do PSF 2.
Prazo	Dois meses para início; Finalização no prazo mínimo 60 meses (podendo ser estendido caso de não eliminação).

### 5.5 Gestão do plano

Trata-se de um plano com ações que objetiva erradicar a enfermidade do município e sua gestão se dará a nível local por responsáveis com prazo definido para início e indefinido quanto à finalização e com tempo mínimo de execução de 60 meses.

## **6 Conclusão**

Por se tratar de trabalho dinâmico e contar com o apoio das pessoas envolvidas (gestores e profissionais) acreditamos no sucesso do presente projeto, mas que carece de tempo pra comparação e avaliação de seu real impacto sobre realidade local. Ciente do dinamismo do processo saúde doença, bem como da necessidade da integral atenção ao planejamento proposto, a equipe deve estar atenta as anormalidades e disposta a resoluções que mantenham o foco no objetivo deste trabalho que é modificar a realidade da área adscrita com a eliminação da hanseníase e, acima de tudo, buscando a promoção e proteção da saúde dos moradores atendidos por nossa equipe. Nas primeiras ações de mobilização e divulgação do trabalho foram satisfatórias e esperamos colher frutos de manter o empenho e seguimento do trabalho que é longo e necessita atenção sistematizada de nossa parte. Por se tratar de enfermidade com peculiaridades clínica e epidemiológica a hanseníase carece de tempo para seu controle. Com isso concluímos que é preciso perseverança na ação e que os resultados virão.

## Referências

ANDRADE, LUIZ ODORICO MONTEIRO DE. *et al.* A estratégia saúde da família. In: DUNCAN, BRUCE B. *et al.* **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, cap. 7. p. 88-100.2004.

ARTMANN, ELIZABETH. 2000. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/O%20Planejamento%20Estrat%C3%A9gico%20Situacional%20no%20n%C3%ADvel%20local%20ou%20instrumento%20a%20favor%20da%20vis%C3%A3o%20multissetorial.pdf> acesso em 20 de agosto de 2013.

BARREIRA, AMILTON ANTUNES. Neuropatias Periféricas. *In:* PORTO, Celmo Celso. **Semiologia médica**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, cap. 14. p. 1302-1303.2001

BERNARDI, CÉSAR; MACHADO, ADÃO ROGÉRIO LEAL. Hanseníase. *In:* DUNCAN, BRUCE B. *et al.* **Medicina ambulatorial: Condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, cap. 168. p 1520-1525.2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose**- 2. ed. rev. - Brasília : Ministério da Saúde, p 66-100.2008.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase**. Brasília, p 10-12.2006.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Legislação sobre o Controle da Hanseníase no Brasil** - Portarias 816 e 817/GM de 26 de julho de 2000.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Sistema de Planejamento do SUS : **Uma construção coletiva : Plano Nacional de Saúde (PNS) 2008/2009-2011** / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. – Brasília: Ministério da Saúde, p 16.2010.

COSTA, ELISA MARIA AMORIM; CARBONE, MARIA HERMINDA. **Saúde da família: uma abordagem interdisciplinar**. Rio de Janeiro: Rubio, p. 8-11.2004.

COSTA, VICTOR HUGO MAIA VALOIS *et al.* **Programa nacional de eliminação da hanseníase: um estudo sobre a avaliabilidade do programa e das suas ações**

**em âmbito estadual e municipal.** Revista Baiana Saúde Pública.v.34, n.3, p. 450-467jul./set. 2010.

GIL, ANTÔNIO CARLOS. **Como elaborar projetos de pesquisa.** São Paulo: Atlas, p. 41- 45.2002.

IBGE. **INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA.** 2013. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/xtras/perfil.php?codmun=317057&search=minas-gerais|vargem-alegre- acesso> em 12 ag 2013.

LEI ORGÂNICA DO MUNICÍPIO DE VARGEM ALEGRE/MG. p 9.1999.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da pesquisa na saúde.** 2. ed. rev. e atual. Florianópolis: UFSC/Pós-Graduação em Enfermagem, p 39,2002.

MINAS GERAIS. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. **Atenção à saúde do adulto: hanseníase.** Belo Horizonte: SAS/MG, p7,2007.

SOUZA, M. F. **A Cor-Agem do PSF.** São Paulo: HUCITEC, p37,2001 .

TRINDADE, MARIA ANGELA BIANCOCINI; MANINI, MARLI ISABEL PENTEADO. Hanseníase. *In: Atualização Terapêutica: manual prático de diagnóstico e tratamento.* Felício Cintra do Prado et al. 20. ed. São Paulo: Artes Médicas, p196-198.2001.