

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA
FAMÍLIA

ONDINA PAULA DOS ANJOS RIOS

BUSCA ATIVA DE HANSENÍASE E LESÕES SUSPEITAS DE
CÂNCER DE PELE NA ESF DO MUNICÍPIO DE NATÉRCIA-MG

Campos Gerais- Minas Gerais

2015

ONDINA PAULA DOS ANJOS RIOS

**BUSCA ATIVA DE HANSENÍASE E LESÕES SUSPEITAS DE
CÂNCER DE PELE NA ESF DO MUNICÍPIO DE NATÉRCIA-MG**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização
em Atenção Básica em Saúde da Família,
Universidade Federal de Alfenas, para
obtenção do Certificado de Especialista.

Tutor: Fernanda Borges de Araújo Paula

Campos Gerais- Minas Gerais

2014

ONDINA PAULA DOS ANJOS RIOS

**BUSCA ATIVA DE HANSENÍASE E LESÕES SUSPEITAS DE
CÂNCER DE PELE NA ESF DO MUNICÍPIO DE NATÉRCIA-MG**

Banca Examinadora

Aprovado em Alfenas, __/__/__

Dedico este trabalho:

A toda comunidade da cidade de Natércia-MG, alvo de nosso empenho e dedicação.

Agradeço:

Primeiramente à Prof. Dra. Luciana Tibúrcio e aos alunos membros da Liga da Pele da UNIVÁS-2014 pelo trabalho voluntário realizado no município, por todo apoio, empenho e dedicação demonstrados com a ação.

À Equipe de Saúde da Família “Ângelo de Castro Junho” pela receptividade e confiança demonstrados a mim durante todo o ano.

À minha família e amigos, imprescindíveis por todo apoio, amor e carinho demonstrados.

RESUMO

A hanseníase e o câncer de pele são afecções dermatológicas de grande importância nacional e mundial, tendo a primeira importância por se tratar de uma doença infectocontagiosa, e a segunda por sua alta morbimortalidade devido ao alto potencial de malignidade. O presente trabalho se justifica pela falta de ações de busca ativa voltadas à Hanseníase no município de Natércia, gerando subdiagnóstico dessa patologia e resultando em um atesto de certificação negativa epidemiológica mensal falsa. O objetivo desse trabalho é desenvolver um Projeto de Intervenção voltados a ações de busca ativa à Hanseníase e lesões suspeitas de Câncer de Pele na Equipe do Programa de Saúde da Família do município de Natércia-MG, com a finalidade de diagnósticos e tratamentos precoces dessas patologias. Após diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF “Ângelo de Castro Junho”, desenvolveu-se um projeto de intervenção que visou uma ação voltada às afecções de pele através de palestras educativas sobre prevenção, cuidados com a pele e diagnóstico precoce através do auto exame, além de um mutirão de atendimento. Espera-se fornecer um atesto negativo epidemiológico em relação à hanseníase verdadeiramente negativo, como também, realizar diagnóstico precoce de lesões suspeitas/precursoras de Câncer de Pele para tratamento precoce, além de promover educação da população com a finalidade de diminuir fatores de risco e aumentar medidas preventivas.

Palavras-chave/ Descritores: Hanseníase; Busca ativa de Hanseníase; Hanseníase na atenção básica, Câncer de pele; Câncer de pele na atenção básica; Busca ativa de lesões precursoras de câncer de pele.

ABSTRACT

Leprosy and Skin cancer are both dermatological diseases with national and global relevance. The first because it is an infectious disease, the second for its high morbidity and mortality due to the high potential for malignancy. This work is justified by the lack of active search actions leprosy in the city of Natércia, generating underdiagnosis of this disease, resulting in a monthly epidemiological certify false negative certification. The aim of this work is to develop an intervention project aimed at active search measures Leprosy and suspicious lesions of skin cancer in the Natércia-MG municipal Family Health Program Team, for the purpose of early diagnosis and treatment of these pathologies. After situation analysis of the coverage area of the ESF "Angelo Castro June", developed an intervention project that aimed at a focused action to skin diseases through educational lectures on prevention, skin care and early detection through self examination as well as a joint effort of care. Is expected to provide an epidemiological negative testify regarding the truly negative leprosy, but also make early diagnosis of suspicious / precursor lesions of skin cancer for early treatment, and promote public education in order to reduce risk factors and increase preventive measures.

Key Words: Leprosy; Active search actions leprosy; Leprosy in Family Health Program; Skin cancer; Active search of suspicious / precursor lesions of skin cancer.

Sumário

| | |
|---|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 9 |
| 2 JUSTIFICATIVA | 13 |
| 3 OBJETIVO | 14 |
| 3.1 OBJETIVO GERAL | 14 |
| 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 14 |
| 4 METODOLOGIA | 15 |
| 4.1 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL | 15 |
| 4.2 ELABORAÇÃO DO PLANO DE INTERVENÇÃO | 15 |
| 4.3 MÉTODO DE ABORDAGEM | 16 |
| 4.4 VARIÁVEIS ANALISADAS | 17 |
| 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA | 18 |
| 5.1 HANSENÍASE | 18 |
| 5.2 CÂNCER DE PELE | 20 |
| 6 PROJETO DE INTERVENÇÃO/PLANO DE AÇÃO | 24 |
| 6.1 PASSO 1: DEFINIÇÃO DOS PROBLEMAS | 24 |
| 6.2 PASSO 2: PRIORIZAÇÃO DE PROBLEMAS | 24 |
| 6.3 PASSOS 3 E 4: DESCRIÇÃO E EXPLICAÇÃO DO PROBLEMA SELECIONADO | 25 |
| 6.3.1 Falta de ações voltadas para hanseníase | 25 |
| 6.3.2 Falta de ações voltadas a lesões de pele | 26 |
| 6.4 PASSO 5: OS NÓS CRÍTICOS | 26 |
| 6.5 PASSO 6: DESENHO DAS OPERAÇÕES | 27 |
| 6.6 PASSO 7: IDENTIFICAÇÃO DOS RECURSOS CRÍTICOS | 29 |
| 6.7 PASSO 8: ANÁLISE DA VIABILIDADE DO PLANO | 29 |
| 6.8 PASSO 9: ELABORAÇÃO DO PLANO OPERATIVO | 30 |
| 6.9 PASSO 10: GESTÃO DO PLANO | 32 |
| 6.10 DESENVOLVIMENTO DO PLANO DE AÇÃO E RESULTADOS | 32 |
| 7 CONCLUSÃO | 35 |
| 8 REFERÊNCIAS | 36 |

1 INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença infecciosa, de notificação compulsória, causada pelo *Mycobacterium leprae* (ou bacilo de Hansen), bactéria intracelular obrigatória, com período de incubação prolongado, tem caráter granulomatoso e um amplo espectro de manifestações clínicas de evolução crônica, afetando principalmente pele e nervos periféricos. (MARTELLI et al, 2002). Tanto pela sua magnitude quanto pelas sequelas que a doença acarreta e consequentes transtornos emocionais e sociais para o doente e sua família, a hanseníase é, ainda hoje, um grande problema de saúde pública do Brasil (LAPA et al., 2006; MARTINS, 2009). Embora a prevalência de casos conhecidos no mundo tenha sido muito reduzida através de programas de diagnóstico, tratamentos encurtados e cura, a taxa de detecção de casos novos de hanseníase permanece alta em muitas partes do mundo, inclusive no Brasil (PENNA et al., 2008).

O número total de casos de câncer de pele, melanoma cutâneo (MC) e câncer de pele não melanoma (CPNM), está sofrendo aumento acelerado mundialmente. No Brasil, segundo dados do Inca, o mais frequente entre todos os cânceres no país é o de pele, correspondendo a quase 30% dos casos estimados em 2006. Ainda de acordo com essa fonte, esses dados podem estar subestimados pelo fato de muitas lesões suspeitas serem retiradas sem diagnóstico ou em consultórios particulares. Essas razões justificam as campanhas e os investimentos para prevenção ao câncer de pele que devem ser empreendidos tanto por médicos quanto pelos serviços públicos (SOUZA et al., 2009).

Natércia é uma cidade localizada no sul do estado de Minas Gerais, tem uma população de 4.658 habitantes, sendo 2.756 (59%) habitando em área urbana, e, 1.902 (41%) moradores de área rural, a maioria da população local apresenta nível socioeconômico baixo, segundo o Censo Demográfico de 2010.

No âmbito da Saúde, a cidade possui uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) que está atuante no município de Natércia há 9 anos, desde então vigente e contando com apoio popular maciço. A estruturação da saúde local conta com 1 Unidade Básica de Saúde (UBS), 2 equipes de ESF e 1 Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

A primeira é localizada na região central do município, situa-se na Rua Manoel José Eneas, 236, próxima à UPA. Apesar de sua localização central, está localizada no alto de um morro, fato de dificulta acesso de alguns pacientes, principalmente idosos e pacientes com limitações físicas. A estrutura física do local é adequada, pertence à prefeitura, dispendo de 4 salas de atendimento médicos (sendo uma estruturada com macas e materiais específicos para ginecologia, e, outra com balança e materiais voltados para uso clínico do pediatra), 1 sala de medicação/inalação, 1 sala de vacina, 1 sala de curativos, 1 sala para realização de eletrocardiograma, 1 sala de dentista, 1 sala do Programa de Saúde da Família (PSF), 1 salão para reuniões, 1 cozinha/copa, 1 balcão de recepção, 1 sala de espera com cadeiras em grande quantidade (além de cadeiras de espera próximas aos consultórios). Na UBS são ofertados serviços de Odontologia (de segunda à sexta feiras), Fonoaudiologia, Nutricionista (quinzenalmente), Pediatria (de segunda à quinta feira, por meio período), Ginecologista Obstetra (1 vez na semana), Psicologia (sob demanda). A unidade oferta serviços de atenção primária além de serviços de média complexidade, como laboratório de análises clínicas (atualmente são realizados em laboratórios terceirizados).

De acordo com a proposta de reestruturação do sistema de atenção a Saúde Mental, a UBS/ESF tem ampliado as ações em relação à oferta de tratamento na atenção primária em conjunto com ações no contexto comunitário, devido à magnitude da ação, esse serviço apresenta sede própria e desempenha ações de triagem, consultas médicas, acompanhamento psicológico, avaliação social, aulas de artesanato, programas e eventos educativos (álcool, drogas, sexualidade) e atividades de reinserção social dos dentes mentais, dependentes químicos e dos familiares destes. Alguns pacientes são encaminhados para CAPS e CAPS-AD.

Uma curiosidade em relação ao município é que a Secretaria de Saúde (SS) e o departamento de Vigilância Sanitária estão situados na mesma estrutura física da UBS, tal fato, facilita a comunicação entre os setores e agiliza a marcação de exames/Inter consultas para os pacientes.

O fornecimento dos itens da Farmácia Básica e psicotrpicos é feito em uma estrutura física separada da UBS, porém localizada muito próximo a ela (cerca de

15metros), dessa forma, não dificulta o acesso às medicações após consulta médica. Alguns itens não padronizados pela rede básica são fornecidos pelo programa farmácia populares em farmácias particulares em convênio com o governo/prefeitura por meio de cadastro do usuário.

As Equipes de ESF são em número de duas, ambas são equipes mistas (compreendem zona urbana e rural), cada uma compreende cinco micros áreas; a equipe “um” abrange cerca de 2330 pessoas e 759 famílias, já a equipe “dois”, é constituída por 1980 pessoas e 664 famílias. As equipes trabalham de forma individual, de modo a cumprir a cobertura de 100% da população. Entretanto, a estrutura física das duas equipes é a mesma, uma única sala situada na UBS, as reuniões de equipe são feitas de maneira conjunta, e coordenada por uma única coordenadora, dessa forma, ao mesmo tempo em que pode facilitar a interação entre as equipes e troca de experiências, poupando tempo na discussão de problemas conjuntos, pode dificultar em outros fatores já que as reuniões tornam-se extensas devido ao número excessivo de pessoas, e a separação torna-se difícil, além de discussão de cenários divergentes entre as realidades dos dois locais. Seria importante a separação física e operacional entre as duas equipes.

O Hospital Municipal de Natércia, hoje Unidade Básica de Saúde com horário estendido, funciona como uma UPA, além de ações básicas de saúde, oferece ações de média complexidade, observações clínicas de 24 horas nas clínicas médica e pediátrica (sendo 3 leitos de pediatria e 10 leitos de clínica) e serviço de urgência e emergência (UPA). No presente momento, encontra-se em fase de aprovação a compra e instalação de um equipamento de Raios-X, bem como aquisição de aparelhos para montagem do Centro de Fisioterapia.

O município conta com uma equipe de Saúde bucal (SB), também atuante na estrutura física da UBS, compreendendo duas cirurgiãs dentistas e uma técnica de saúde bucal.

Como o município dispõe apenas de serviços de atenção primária e alguns poucos de média complexidade, as redes de média e alta complexidade estão integradas à Atenção Básica através de um sistema de regulação. A maioria dos usuários são encaminhados pelo sistema se referência e contra referência para a cidade de Pouso Alegre- MG, alguns casos (como obstetrícia) também são

encaminhados para Itajubá- MG e a referência para casos de câncer é Varginha- MG.

De acordo com Campos, Faria e Santos (2010), o diagnóstico da situação da saúde na área de abrangência da ESF é um passo essencial no enfrentamento dos problemas daquele território. Com a finalidade de realizar uma intervenção capaz de agir nos principais problemas de saúde encontrados pela equipe e impactar positivamente a saúde no município, inicialmente foi realizado o diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF “Ângelo de Castro Junho” através de reuniões semanais entre a equipe de saúde, com exposição e discussão de problemas relevantes no território de atuação, resultando na identificação de um problema prioritário sobre o qual seriam planejadas ações para resolução deste.

O problema definido como prioritário e passível de intervenção pela equipe de saúde foi a Busca ativa de hanseníase e lesões suspeitas de pele, já que o município foi indagado pela vigilância epidemiológica quanto a veracidade do atesto mensal negativo em relação à hanseníase (o município não apresentava casos da doença), questionando sobre quais ações o município praticava para fornecer tal informação; além disso, acreditávamos que os diagnósticos de câncer de pele estavam subestimados devido ao grande número de população trabalhadora rural, sem uso de equipamentos de proteção individual e fototipo claro. Com a intenção de agir nos principais fatores contribuintes desses problemas, foi elaborado um plano de ação baseado em duas ações: a primeira, envolveu palestras educativas à população sobre os temas expostos, como também conscientização sobre métodos de prevenção, controle e diagnóstico precoce, a segunda, foi a realização de um mutirão de atendimento para queixas dermatológicas.

2 JUSTIFICATIVA

Esse trabalho se justifica pela falta de ações de busca ativa voltadas à hanseníase no município de Natércia, gerando subdiagnóstico dessas patologias e resultando em um atesto de certificação negativa epidemiológica mensal falsa. Aproveitamos a oportunidade para abordagem de lesões elementares de pele e diagnóstico de lesões suspeitas de câncer de pele, muito mais prevalente que a hanseníase. Além disso, havia uma dificuldade de encaminhamentos para atenção secundária referenciada ao serviço de dermatologia, devido à alta demanda e baixas cotas pactuadas pelo município. Sendo assim, a proposta de intervenção descrita neste trabalho pode melhorar o fluxo de atendimento de afecções dermatológicas, proporcionando diagnósticos e tratamento precoces, evitando-se um elevado nível de portadores/disseminadores da hanseníase, e diminuindo a morbimortalidade por câncer de pele na região. Como benefício secundário, podemos citar uma vigilância epidemiológica adequada.

3 OBJETIVO

3.1 OBJETIVO GERAL

Desenvolver um projeto de intervenção voltado a ações de busca ativa à hanseníase e lesões suspeitas de câncer de pele na Equipe do Programa de Saúde da Família do município de Natércia- MG, com a finalidade de reduzir subdiagnósticos dessas patologias, visto que a primeira tem importante potencial de transmissibilidade e cronicidade, e, a segunda apresenta alto potencial de malignidade.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Promover educação continuada dos profissionais de saúde para abordagem do tema com a população alvo;
- Educar a população a respeito da hanseníase e câncer de pele, acerca de seus fatores de risco, transmissibilidade (no caso da primeira) e métodos de prevenção;
- Promover atendimento clínico à população alvo a fim de diagnosticar as patologias por meio da busca ativa;
- Realizar diagnóstico, encaminhamento e/ou tratamento da população suspeita;
- Fornecer atestado epidemiológico negativo justificado pela busca ativa negativa.

4 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal analítico, realizado através da análise do diagnóstico situacional e seus nós críticos, de uma revisão de literatura sobre o tema e da elaboração de um plano de intervenção voltado a ESF “Ângelo de Castro Junho”.

4.1 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

O diagnóstico situacional foi realizado predominantemente através de pesquisa qualitativa, a partir de reuniões com a equipe da Estratégia Saúde da Família e com os membros da Secretaria Municipal de Saúde de Natércia, nas quais foram avaliados dados levantados pela equipe, como também dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), entre os meses de junho e setembro de 2014. Após análise dos dados e priorização dos problemas encontrados, definiu-se “busca ativa de lesões de pele e hanseníase” como principal problema de saúde presente na área de abrangência da ESF “Ângelo de Castro Junho”.

4.2 ELABORAÇÃO DO PLANO DE INTERVENÇÃO

Para o desenvolvimento do plano de intervenção, utilizou-se o Método de Planejamento Estratégico Situacional (PES), concebido por Carlos Matus, no qual a partir da análise dos problemas atuais e elaboração do diagnóstico situacional, cria-se um plano de ações viável para interferir diretamente no problema prioritário naquele local. Para Lida (1993), o PES é flexível e se adapta às constantes mudanças da situação real. Quando houver uma mudança da situação real, o plano é imediatamente ajustado. O mais importante é que este método não separa as funções de planejamento das de execução, pois realiza análises situacionais para orientar o dirigente no momento da ação. Com isso, permite trabalhar com a complexidade dos problemas sociais.

Foram utilizados como critérios de inclusão da amostra, toda a população do município que manifestou vontade de ser avaliada por profissionais da saúde no

dia do “Mutirão de atendimento de pele”, realizado no dia 08/11/2014 na Escola Estadual do Município, após ouvir uma palestra educativa sobre os temas.

Foram adotados como critério de exclusão, aqueles pacientes que não compareceram no dia do Mutirão para avaliação clínica.

4.3 MÉTODO DE ABORDAGEM

Primeiramente foi realizado, em setembro/2014, treinamento e capacitação dos profissionais de saúde acerca dos temas a serem abordados e exposição do plano de ação, durante as reuniões de equipe semanais. Foi distribuído conteúdo teórico para estudo individual e posterior reunião com exposição do tema e retirada das dúvidas. Os agentes comunitários de saúde (ACS) foram orientados quanto à abordagem dos pacientes em domicílio e convite para um evento que seria realizado no dia 8 de novembro de 2014, o “Mutirão para diagnóstico de Hanseníase e Câncer de Pele”.

Já em setembro conseguimos contato com alunos Liga de Dermatologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Vale do Sapucaí- UNIVÁS e sua orientadora, Prof. Dra. do corpo docente da disciplina de Dermatologia, e fechado uma parceria para realização de um mutirão de atendimentos a ser realizado no dia 8 de novembro pelos alunos do 2º ao 6º anos, supervisionados por esta. Os alunos tiveram durante o mês de outubro orientações voltado às ações.

Após a fase inicial, foi instituído o “mês de cuidado com a pele”, trabalhado durante todo o mês de outubro pelos ACS nas visitas mensais de rotina, onde foi abordado brevemente o tema e entregue um flyer contendo orientações, sintomas alarmantes e o convite para comparecer no dia do Mutirão.

No dia 8 de novembro, iniciaram-se as atividades, a prefeitura disponibilizou transporte para as áreas rurais para garantir cobertura de toda a área com a ação. O Mutirão foi realizado na Escola Estadual do Município devido a grande quantidade de pessoas esperadas, às 9h da manhã foi ministrada uma palestra direcionada à população com exposição dos temas, Hanseníase e câncer de pele, assim como cuidados e ações preventivas, de maneira simples e direta. Posteriormente os pacientes com interesse em terem lesões de pele avaliadas

foram direcionados às filas de atendimento, sendo divididos em salas de homens, mulheres e atendimento prioritário (grávidas, idosos, comorbidades, etc).

Os pacientes foram então avaliados pelos alunos sob supervisão, e preenchido um formulário de atendimento, lesões altamente suspeitas de câncer de pele foram encaminhadas para biópsia dentro do próprio município, realizado no serviço de pequenas cirurgias para posterior encaminhamento se confirmada suspeita; lesões menos suspeitas foram fotografadas para Inter consulta com o serviço de Tele Saúde da UFMG para orientação quanto à conduta e seguimento; outras lesões elementares foram tratadas pela própria orientadora e referenciados ao PSF para seguimento clínico; lesões suspeitas de Hanseníase foram agendadas para consulta na UBS para realização de testes específicos/coleta de material/orientações/etc.

4.4 VARIÁVEIS ANALISADAS

As variáveis analisadas na pesquisa foram: nome, sexo, idade, raça, escolaridade, características das lesões de pele (local, simetria, diâmetro, regularidade dos bordos, coloração, sensibilidade, fototipo da pele, tempo de aparecimento da lesão, evolução da lesão), foram investigados fatores de risco para câncer de pele (tempo de exposição ao sol, uso de protetor solar ou equipamentos de proteção- chapéus, manga longa, calça comprida, óculos de sol, guarda-sol, etc-, história de queimadura solar ou química/térmica, historia pessoal e familiar de câncer de pele).

Os dados coletados foram tabulados para análise dos resultados.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 HANSENÍASE

A hanseníase é uma doença infecciosa, de notificação compulsória, causada pelo *Mycobacterium leprae* (ou bacilo de Hansen), bactéria intra-celular obrigatória, com período de incubação prolongado, tem caráter granulomatoso e um amplo espectro de manifestações clínicas de evolução crônica, afetando principalmente pele e nervos periféricos. A definição e classificação de casos utilizados atualmente baseiam-se em critérios clínicos e/ou bacteriológicos e distingue os pacientes em: Multibacilares (MB), aqueles que apresentam baciloscopia positiva e/ou que apresentam mais de 5 lesões cutâneas; e Paucibacilares (PB), aqueles com baciloscopia negativa com 2-5 lesões ou PB com lesão única e sem acometimento de nervos periféricos. Classicamente, a hanseníase é considerada de baixa transmissibilidade, sendo a transmissão da infecção predominantemente por via respiratória e os pacientes MB considerados a principal fonte de infecção (MARTELLI et al, 2002).

É uma doença milenar, com registros históricos citados na “Bíblia Sagrada”, no livro Levítico, falam sobre a praga da lepra. (SILVA,2007) Doença que já provocou muito medo, estigma, preconceito e exclusão social na história da humanidade (RESENDE, D.M ; SOUZA, R.M ; SANTANA, C.F, 2009). Tanto pela sua magnitude quanto pelas sequelas que a doença acarreta e consequentes transtornos emocionais e sociais para o doente e sua família, a hanseníase é, ainda hoje, um grande problema de saúde pública do Brasil (LAPA et al.,2006; MARTINS,2009).

A endemia hansênica apresenta-se no limiar da sua eliminação como problema de saúde pública em nível mundial, tem sido considerada eliminada - usando-se somente o parâmetro de taxa de prevalência - quando a prevalência de casos conhecidos é menor do que 1 por 10.000 habitantes (o que equivale a 10 por 100.000 habitantes). Com este insuficiente parâmetro, no começo de 2005, o objetivo de eliminação da hanseníase como problema de Saúde Pública, firmado em 1991 na 44ª Assembléia Mundial de Saúde, foi alcançado na maior parte do mundo, com exceção de nove países entre eles o Brasil. (ALVES et all,

2010; LAPA et al., 2006). Atualmente, o país 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 (MARTINELLI et al., 2002).

Embora a prevalência de casos conhecidos no mundo tenha sido muito reduzida através de programas de diagnóstico, tratamentos encurtados e cura, a taxa de detecção de casos novos de hanseníase permanece alta em muitas partes do mundo. A taxa de detecção é função da incidência real de casos e da agilidade diagnóstica do sistema de saúde. 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. A taxa de detecção diminuiria então em função da diminuição da prevalência oculta e tenderia a se igualar ao longo do tempo à incidência real, quando a redução da duração da doença prévia ao diagnóstico não fosse mais possível (PENNA et al., 2008).

O projeto brasileiro de eliminação da hanseníase, do ponto de vista da infraestrutura dos serviços, tem se fundamentado basicamente em uma proposta de ampliação da rede de diagnóstico e atenção ao paciente, mediante a descentralização das atividades para os serviços de atenção básica à saúde. Paralelo a isto, a divulgação dos sinais e sintomas da doença para a população em geral constitui-se um instrumento para a eliminação da endemia (LAPA et al., 2006). As mudanças propostas nesse novo modelo de organização dos serviços de saúde pretenderam romper com a tendência do atendimento espontâneo – aquele voltado às pessoas que, na dependência de seu grau de percepção ou sofrimento, procuram os serviços de saúde – para proporcionar uma oferta organizada em função dos principais agravos e grupos populacionais prioritários. No que diz respeito às intervenções sobre a hanseníase, para o planejamento dos recursos a serem alocados e para o diagnóstico das necessidades da população, a definição de área de abrangência de uma unidade de saúde, e o consequente conhecimento da população adstrita, é indispensável. Neste contexto, contribuir para a avaliação da atuação do Programa Saúde da Família (PSF), que vem se

transformando no eixo do processo de reorganização dos serviços (PENNA et al., 2008).

Os atuais programas de controle de rotina baseiam-se na detecção passiva e, em situações especiais, na vigilância dos contatos. Apesar de contatos domiciliares de pacientes MB apresentarem 4-5 vezes mais risco de adoecer, esses contatos domiciliares geram apenas 15% a 30% de todos os casos incidentes. Entretanto, o exame de contato, mesmo quando ampliado para além dos contatos intradomiciliares, não assegura a detecção da maioria dos casos incidentes (MARTINELLI et al., 2009).

A poliquimioterapia é considerada o instrumento mais importante na eliminação da hanseníase e foi introduzida no Brasil a partir de 1986. Há três premissas explícitas na proposta de eliminação mediante quimioterapia:

- O paciente é a única fonte importante de infecção;
- Abaixo de um limiar arbitrário de prevalência, o potencial de transmissão é muito limitado;
- Abaixo desse nível mínimo, a doença desapareceria gradualmente.

Esta estratégia de controle, embora tenha tido enorme sucesso na redução da prevalência, não produziu evidências de redução da transmissão ensurada pelo aparecimento de novos casos. (MARTINELLI et al., 2009).

5.2 CÂNCER DE PELE

O câncer é a segunda causa de morte por doença no Brasil, precedido apenas pelas doenças cardiovasculares (GOMES et al., 2007). A identificação dos estágios iniciais das doenças crônicas pode reduzir taxas de morbidade e mortalidade, o que pode ser realizado por meio de três níveis de programas de prevenção: a primária previne a ocorrência da enfermidade, a secundária consiste no diagnóstico precoce por meio de rastreamento e a terciária previne deformidades, recidivas e morte (TUCUNDUVA et al., 2004).

No caso do câncer, a prevenção primária consiste na limitação da exposição a agentes causais ou fatores de risco (relacionados a 80% dos tumores) como fumo, asbesto, sedentarismo, dieta inadequada, vírus (papiloma vírus e vírus da hepatite B) e exposição solar (GOMES et al., 2007). Essa prevenção pode ser

feita por meio de aconselhamento para a proteção contra a radiação solar (utilização de filtros solares -FPS 15 ou mais), uso de vestimentas adequadas e acessórios protetores (camiseta, chapéu, guarda-sol e óculos escuros), evitando-se a exposição solar entre 10:00 e 16:00h (BRASIL, 2002).

A prevenção secundária do câncer requer procedimentos junto à população que permitam o diagnóstico precoce ou detecção das lesões pré-cancerosas, cujo tratamento pode levar à cura ou, ao menos, à melhora da sobrevida dos indivíduos. Com os conhecimentos atuais, sabe-se que a prevenção primária somada à secundária, ou seja, diminuição da exposição da população a fatores de risco e diagnóstico precoce pode reduzir em 2/3 o número de casos de câncer (TUCUNDUVA et al., 2004).

O principal fator de risco associado aos cânceres da pele é a exposição excessiva aos raios solares (raios ultravioletas). Outros fatores como irritações crônicas (úlceras angiodérmica e cicatriz de queimadura) e exposição a fatores químicos, como o arsênico, também podem levar ao desenvolvimento do câncer da pele. Com relação ao melanoma, além dos fatores já citados, associam-se a história prévia de câncer de pele, história familiar de melanoma, nevo congênito (pinta escura), xeroderma pigmentoso (doença congênita que se caracteriza pela intolerância total da pele ao sol, com queimaduras externas, lesões crônicas e tumores múltiplos) e o nevo displásico (lesões escuras da pele com alterações celulares pré-cancerosas) (BRASIL, 2002).

As queixas mais comuns (sinais e sintomas) relacionadas ao câncer da pele são: mancha que coça, dói, sangra ou descama; ferida que não cicatriza em 4 semanas; sinal que muda de cor textura, tamanho, espessura ou contornos; elevação ou nódulo circunscrito e adquirido da pele que aumenta de tamanho e tem aparência perolada, translúcida, avermelhada ou escura (BRASIL, 2002).

Indivíduos com lesões suspeitas devem ser imediatamente encaminhados à consulta especializada em centros de referência para realização dos procedimentos diagnósticos necessários. Deve-se estar atento aos sinais de transformação de um "sinal" em melanoma (ABCD): Assimetria: uma metade diferente da outra; Bordas irregulares: contorno mal definido; Cor variável: várias cores (preta, castanha, branca, avermelhada ou azul) numa mesma lesão; Diâmetro: maior que 6 milímetros. (BRASIL, 2002).

Portanto, é necessária uma constante atualização de todos os profissionais da saúde em relação aos programas de prevenção e, no câncer em especial, quanto às medidas primárias e secundárias (TUCUNDUVA et al., 2004).

Os três principais tipos de câncer de pele são o carcinoma de células basais (CCB), o carcinoma de células escamosas (CCE), que constituem o grupo denominado câncer de pele não melanoma (CPNM), e o melanoma cutâneo (MC) (SOUZA et al., 2009). O CCB, segundo dados do Instituto Nacional de Câncer (Inca), é responsável por aproximadamente 70% dos casos de câncer de pele no Brasil. É o tipo mais frequente e menos grave, raramente disseminando para outros órgãos; entretanto, pode destruir os tecidos a sua volta, atingindo cartilagens e ossos. O CCE, o segundo tipo de câncer de pele mais frequente, responsável por aproximadamente 25% dos casos, possui maior facilidade para disseminar para os gânglios linfáticos e outros órgãos, levando ao surgimento de metástases. Embora as taxas de mortalidade pelos CCB e CCE sejam baixas, esses cânceres podem causar consideráveis deformidades físicas se não tratados. O MC, apesar da menor ocorrência ($\pm 5\%$), é o mais agressivo, sendo responsável por, aproximadamente, 75% de todas as mortes causadas por cânceres de pele; esse tipo pode facilmente disseminar para os gânglios linfáticos e órgãos internos (SOUZA et al., 2009).

O diagnóstico precoce é importante para todos os casos, mas particularmente para o MC, pois, nesse caso, o melanoma in situ pode ser curável, mas, iniciada a metástase, torna-se praticamente fatal. Segundo Berwick et al. (1996), um estudo de caso-controle, baseado em população, mostrou que o autoexame da pele pode reduzir as mortes por câncer de pele, identificando-o precocemente. Também Rocha et al. (2002) concluem que “o diagnóstico precoce contribui significativamente para a redução da morbimortalidade da doença”. No caso do CPNM, o tratamento mais comum é o cirúrgico e, ainda, apresenta o problema de deixar cicatrizes e probabilidade de atingir as estruturas vizinhas (SOUZA et al., 2009).

O número total de casos de câncer de pele, MC e CPNM, está sofrendo aumento acelerado mundialmente. No Brasil, segundo dados do Inca, o mais frequente entre todos os cânceres no país é o de pele, correspondendo a quase 30% dos casos estimados em 2006. Ainda de acordo com essa fonte, esses

dados podem estar subestimados pelo fato de muitas lesões suspeitas serem retiradas sem diagnóstico ou em consultórios particulares. Essas razões justificam as campanhas e os investimentos para prevenção ao câncer de pele que devem ser empreendidos tanto por médicos quanto pelos serviços públicos. Os fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de pele tanto podem ser genéticos quanto ambientais. A causa ambiental mais significativa é a exposição excessiva ao sol, particularmente nos primeiros 20 anos de vida. Pessoas com determinadas características físicas, em especial de pele e olhos claros, apresentam maior risco de desenvolver câncer de pele. No Brasil, a maior parte desses casos ocorre nas regiões Sul e Sudeste do país, cuja população é predominantemente branca e, portanto, mais susceptível à influência dos altos níveis de R-UV registrados (SOUZA et al., 2009).

6 PROJETO DE INTERVENÇÃO/PLANO DE AÇÃO

6.1 PASSO 1: DEFINIÇÃO DOS PROBLEMAS

O diagnóstico da situação da saúde na área de abrangência da ESF é fundamental para a definição das ações a serem implementadas para enfrentar os problemas identificados, além de ter crucial importância na avaliação da eficiência e da eficácia dessas ações. (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

A definição dos problemas presentes na população adstrita da ESF “Ângelo de Castro Junho” foi possível após algumas reuniões de planejamento da equipe, onde médicos, enfermeiras, técnicas de enfermagem e agentes comunitárias de saúde traziam problemáticas encontradas no trabalho e levavam os temas para discussão do grupo. Após levantamento dos principais problemas presentes no diagnóstico situacional da ESF “Ângelo de Castro Junho”, foi realizado a priorização destes problemas, usando-se como critérios de prioridade: importância, urgência e capacidade de enfrentamento da equipe. Após a classificação dos problemas de acordo com esses três critérios, definiu-se uma ordem de seleção, na qual o tema “Busca ativa de hanseníase e lesões suspeitas de câncer de pele” foi considerada a prioridade. A classificação dos principais problemas e a ordem de seleção está condensada na tabela a seguir (Tabela 1).

6.2 PASSO 2: PRIORIZAÇÃO DE PROBLEMAS

A partir do diagnóstico situacional foi elaborada a classificação de prioridades para os problemas identificados na área de abrangência da ESF “Ângelo de Castro Junho”, conforme pode ser observado na tabela 1.

Tabela 1 – Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF “Ângelo de Castro Junho”.

| Principais Problemas | Importância | Urgência | Capacidade de Enfrentamento | Seleção |
|----------------------|-------------|----------|-----------------------------|---------|
| Consulta de Demanda | Alta | 8 | Parcial | 3 |

| | | | | | |
|--------------------------------------|-------|----|---------|---|--|
| Espontânea | | | | | |
| Renovação de | Média | 6 | Dentro | 5 | |
| Receitas | | | | | |
| Abuso de Uso de | Média | 6 | Parcial | 4 | |
| medicações controladas | | | | | |
| Lesões de Pele e Hanseníase | Alta | 10 | Dentro | 1 | |
| Controle de hipertensos e diabéticos | Alta | 8 | Dentro | 2 | |

6.3 PASSOS 3 E 4: DESCRIÇÃO E EXPLICAÇÃO DO PROBLEMA SELECIONADO

6.3.1 Falta de ações voltadas para hanseníase

O município foi indagado pela vigilância epidemiológica acerca dos atestos mensais negativos em relação à Hanseníase, o questionamento foi: o município realmente não tem casos de hanseníase ou os casos não estão sendo diagnosticados pela equipe de saúde?

A prevalência e a incidência de casos de Hanseníase vêm diminuindo ao longo dos anos no Brasil, através de ações de saúde voltadas a estas patologias como ações de vigilância sanitária e epidemiológica. Tais doenças já foram altamente prevalentes e já foram responsáveis por um alto número de mortalidade e sequelas físicas em pacientes. Atualmente encontramos um controle das patologias, necessitando cada vez menos de ações curativas, sendo os esforços concentrados na reabilitação de pacientes com sequelas e prevenção de novos casos através da erradicação e tratamento de pacientes portadores (transmissores) sintomáticos ou assintomáticos.

Tal realidade gera um problema que vai além de apenas o diagnóstico e tratamento de uma doença qualquer. A falta de diagnósticos pode desencadear uma reação em cadeia, aumentando a transmissibilidade, esses novos casos também não serão diagnosticados e infectarão novas pessoas, e tal doença volta

em padrão epidêmico, aumentando mortalidade, risco de sequelas e formas graves.

A realidade apontada é que não temos a busca ativa de casos de e hanseníase, muito menos políticas de ações para tal doença. Além disso, tais ações são uma das exigências pelo PMAQ, exigindo planejamento de ações pelo município para que este receba um benefício financeiro para aplicar na saúde, ganhando o tema ainda maior relevância.

Desta forma, tornou-se uma prioridade para o município ações de saúde voltadas ao diagnóstico desta patologia e justificativa dos atestos negativos exigidos pela vigilância.

6.3.2 Falta de ações voltadas a lesões de pele

Grande parte da população da região é alto risco para desenvolvimento de câncer de pele: trabalhadores rurais, com longos períodos de exposição solar sem proteção; fototipos claros; baixo nível sócio- econômico- cultural, sendo resistentes ao uso de protetores solares e desconhecendo outros métodos preventivos.

Muitos apresentam lesões de pele visíveis e não se preocupam com o fato, sendo muitas vezes, o diagnóstico feito pela inspeção minuciosa no exame físico médico e não por demanda espontânea do paciente.

6.4 PASSO 5: OS NÓS CRÍTICOS

Os nós críticos observados foram:

- Falta de preparo (conhecimento técnico) dos profissionais da saúde para realizar a busca ativa;
- Falta de conhecimento da população acerca das patologias;
- Falta de ações voltadas a hanseníase;
- Falta de ações voltadas ao exame físico da pele e diagnóstico de lesões suspeitas ou precursoras de câncer de pele;
- Baixo número de vagas para encaminhamento para serviço de dermatologia na atenção secundária.

6.5 PASSO 6: DESENHO DAS OPERAÇÕES

A tabela 2 mostra a programação de ações elaboradas com o objetivo de combater os nós críticos na área em estudo.

Tabela 2 – Programação das ações para combater os nós críticos.

| Nó crítico | Operação/Projeto | Resultados esperados | Produtos esperados | Recursos necessários |
|--|-------------------------------|--|---|--|
| 1) Falta de preparo dos profissionais da saúde para realizar a busca ativa | Capacitação dos profissionais | Orientações e desenvolvimento de conhecimento técnico para reconhecimento das doenças e melhorias nas ações de busca ativa. Melhoria na orientação ao paciente para procurar serviço de saúde. | Divulgação de estudo individual. Grupo de discussão e exposição do tema para esclarecimento de dúvidas. | Organizacional → estabelecer cronograma de treinamento e palestras voltadas para cada grupo de profissionais Cognitivo → estudo do profissional que for realizar o treinamento Político → apoio Financeiro → nenhum Material → Xerox do material, <i>data-show</i> . |
| 2) Falta de conhecimento da população acerca das patologias | Palestra educativa | Educação da população acerca do tema, informações sobre auto cuidado. Aumento da busca ativa. | Flyer de divulgação da campanha com convite para participar do Mutirão de Atendimento | Organizacional → Montagem e impressão dos flyers de divulgação. Montagem da palestra educativa. Cognitivo → Informações dos Agentes comunitários de saúde que serão |

| | | | | | |
|----|---|---|---|---|--|
| | | | | | passadas à população. Conhecimento do médico palestrante. Político→ apoio Financeiro→ <i>flyers</i> , recursos audiovisuais e ambiente físico para acomodar as pessoas durante a palestra. |
| 3) | Falta de ações voltadas a e hanseníase e câncer de pele | Mutirão de atendimento para da população, triagem de casos suspeitos. | Esclarecimento | “Mês de cuidados com a pele” com palestras, distribuição de cartilhas, exame físico, solicitação de exames, triagem, encaminhamento de casos suspeitos, orientações | Organizacional → Planejamento de um plano de ação, Planejamento do “Mês de cuidados com a pele” , planejamento das palestras, divulgação, planejamento das cartilhas, contratação de dermatologista, etc Cognitivo→ Capacitação do profissional Político→ apoio Financeiro→ disponibilização de recursos financeiros |
| 4) | Baixo número de vagas para encaminhamento para serviço de dermatologia na atenção secundária. | Fechamento de parceria de atendimento com liga acadêmica de dermatologia. | Mutirão de atendimento por alunos do curso de medicina, supervisionados por uma professora área | Realização de busca ativa e encaminhamento das lesões suspeitas para atenção secundária por | Organizacional → Planejamento de um plano de ação. Fechar parceria com alunos responsáveis pela liga acadêmica, fechamento de uma |

| |
|---|
| dermatologia, no meio de data para o Mutirão próprio município. convênios da de atendimento, prefeitura com Cognitivo→ médico Capacitação do dermatologista profissional (tabela social). Político→ apoio Financeiro→ disponibilização de recursos financeiros. |
|---|

6.6 PASSO 7: IDENTIFICAÇÃO DOS RECURSOS CRÍTICOS

Os recursos críticos identificados estão relatados na tabela 3.

Tabela 3 – Identificação dos Recursos Críticos.

| Operação/Projeto | Recursos Críticos |
|-------------------------------|--|
| Capacitação dos profissionais | Cognitivo→ treinamento dos profissionais |
| Mutirão | Organizacional → Elaboração de um plano, fechamento de parcerias. Financeiro→ Disponibilização de recursos. |

6.7 PASSO 8: ANÁLISE DA VIABILIDADE DO PLANO

A tabela 4 mostra o desenho das operações e ações estratégicas a serem adotadas.

Tabela 4 – Desenho das Operações e Ações estratégicas.

| Operações/ Projetos | Recursos Críticos | Controle dos recursos críticos | | Ação estratégicas |
|-------------------------------|--|--|-----------|---|
| | | Ator que controla | Motivação | |
| Capacitação dos profissionais | Cognitivo → treinamento dos profissionais | Cognitivo → Médico que irá promover a capacitação dos profissionais. | Favorável | Primeiro promover a capacitação técnica do profissional que irá capacitar os demais profissionais, depois, por meio de palestras voltadas a cada grupo de profissionais, transmitir conhecimento para que estes possam realizar a busca ativa e trazer suspeitas à ESF para investigação e condução clínica, como também para poderem orientar a população. |
| Mutirão | Organizacional → Elaboração de um plano, fechamento de parcerias Financeiro → Disponibilização de recursos. | Coordenadora do posto de saúde. Médico. | favorável | Elaborar um plano de ação. Procurar alunos do curso de medicina responsáveis pela liga de dermatologia para fechamento de parceria. |

6.8 PASSO 9: ELABORAÇÃO DO PLANO OPERATIVO

O plano operativo a ser adotado está demonstrado na tabela 5.

Tabela 5 – Elaboração do plano operativo.

| Operações | Resultados | Produtos | Ações estratégicas | Responsável | Prazo |
|-------------------------------|---|---|--|-------------------|--|
| Capacitação dos profissionais | Orientações e desenvolvimento de conhecimento técnico para reconhecimento das doenças e melhora nas ações de busca ativa. | Palestras. | Primeiro promover a capacitação técnica do profissional que irá capacitar os demais profissionais, depois, por meio de palestras voltadas a cada grupo de profissionais, transmitir conhecimento para que estes possam realizar a busca ativa e trazer suspeitas à ESF para investigação e condução clínica. | Médico | 1 mês para organização e início da implementação |
| Mutirão | Esclarecimento da população, triagem de casos suspeitos. | “Mês de cuidados com a pele” com palestras, distribuição de cartilhas, exame físico, solicitação de exames, triagem, encaminhamento de casos suspeitos, orientações | Elaborar um plano de ação e organizar a “semana tb/Hansen” | Enfermeiras e ACS | 4 meses para organização e início da implementação |

6.9 PASSO 10: GESTÃO DO PLANO

As operações a serem adotadas serão a capacitação dos profissionais e a realização de mutirão, sob a coordenação de médicos, enfermeiras e agentes comunitários de saúde (ACS), conforme demonstrado na tabela 6.

Tabela 6 – Gestão do Plano de Ação.

| Operação: Capacitação dos profissionais | | | | | |
|--|-------------------------|----------------|------------------|---------------|------------|
| Coordenação: Médico | | | | | |
| Produtos | Responsável | Prazo | Situação atual | Justificativa | Novo prazo |
| Palestras | Médico | 1 mês | Realizada | | |
| Operação: Mutirão | | | | | |
| Coordenação: Enfermeiras e ACS | | | | | |
| Produtos | Responsável | Prazo | Situação atual | Justificativa | Novo prazo |
| “Mês de cuidados com a pele” com palestras, distribuição de cartilhas, exame físico, solicitação de exames, triagem, encaminhamento de casos suspeitos, orientações | Enfermeira e ACS | 4 meses | Realizada | | |

6.10 DESENVOLVIMENTO DO PLANO DE AÇÃO E RESULTADOS

Primeiramente foi realizado, em setembro/2014, treinamento e capacitação dos profissionais de saúde acerca dos temas a serem abordados e exposição do plano de ação, durante as reuniões de equipe semanais. Foi distribuído conteúdo teórico para estudo individual e posterior reunião com exposição do tema e retirada das dúvidas. Os agentes comunitários de saúde (ACS) foram orientados quanto à abordagem dos pacientes em domicílio e convite para um evento que seria realizado no dia 8 de novembro de 2014, o “Mutirão para diagnóstico de Hanseníase e Câncer de Pele”.

Já em setembro conseguimos contato com alunos Liga de Dermatologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Vale do Sapucaí- UNIVÁS e sua

orientadora, Prof. Dra. Luciana Tibúrcio, e fechado uma parceria para realização de um mutirão de atendimentos a ser realizado no dia 8 de novembro pelos alunos do 2º ao 6º anos, supervisionados pela orientadora. Os alunos tiveram durante o mês de outubro orientações voltado às ações.

Após a fase inicial, foi instituído o “mês de cuidado com a pele”, trabalhado durante todo o mês de outubro pelos ACS nas visitas mensais de rotina, onde foi abordado brevemente o tema e entregue um *flyer* contendo orientações, sintomas alarmantes e o convite para comparecer no dia do Mutirão.

No dia 8 de novembro, iniciaram-se as atividades, a prefeitura disponibilizou transporte para as áreas rurais para garantir cobertura de toda a área com a ação. O Mutirão foi realizado na Escola Estadual do Município devido à grande quantidade de pessoas esperadas, às 9h da manhã foi ministrada uma palestra direcionada à população com exposição dos temas, hanseníase e câncer de pele, assim como cuidados e ações preventivas, de maneira simples e direta. Posteriormente os pacientes com interesse em terem lesões de pele avaliadas foram direcionados às filas de atendimento, sendo divididos em salas de homens, mulheres e atendimento prioritário (grávidas, idosos, comorbidades, etc).

Os pacientes foram então avaliados pelos alunos sob supervisão, e preenchido um formulário de atendimento, lesões altamente suspeitas de câncer de pele foram encaminhadas para biópsia dentro do próprio município, realizado no serviço de pequenas cirurgias para posterior encaminhamento se confirmada suspeita; lesões menos suspeitas foram fotografadas para interconsulta com o serviço de Tele Saúde da UFMG para orientação quanto a conduta e seguimento; outras lesões elementares foram tratadas pela própria orientadora e referenciados ao PSF para seguimento clínico; lesões suspeitas de Hanseníase foram agendados para consulta na UBS para realização de testes específicos/coleta de material/orientações/etc.

Os resultados da campanha estão descritos na tabela 7.

Tabela 7 – Quantidade de atendimentos do “Mutirão de atendimento de lesões dermatológicas” realizado na cidade de Natércia-MG.

| Microárea | Quantidade | Suspeita Ca | Hpp Ca | Suspeita hanseníase | Outras lesões | Encaminhamentos | Biópsia |
|--------------|-------------|-------------|----------|---------------------|---------------|-----------------|-------------|
| 1 | 11 | 1 | | - | 2 | 3 | - |
| 2 | 16 | 1 | | - | 1 0 | 5 | - |
| 3 | 0 | - | | - | - | - | - |
| 4 | 6 | 2 | | - | 3 | 2 | - |
| 5 | 3 | - | | - | 2 | - | - |
| 6 | 4 | 1 | | - | 3 | 2 | 1 |
| 7 | 10 | 1 | | - | 4 | 2 | - |
| 8 | 22 | 6 | | 1 | 8 | 8 | 3 |
| 9 | 10 | - | | - | 5 | 4 | - |
| 10 | 14 | 1 | | - | 6 | 4 | 1 |
| Total | 96 | 13 | 0 | 1 | 43 | 30 | 5 |
| % | 100% | 13,5 | 0 | 1,04 | 44,7 | 31,25 | 5,20 |

Outras lesões elementares: Ceratose Actínica (21), Melanose Solar, Vitiligo, Cloasma, Nevos Melanocíticos benignos, Nevos Rubi, Nevo Atípico, Acne, Micoses, Onicomicose, Dermatose Seborreica, Dermatite, Verrugas, Fotossensibilidade, Ptíriase Alba e Versicolor, Líquen Plano, Psoríase e Amiloidose Macular.

7 CONCLUSÃO

Os resultados em curto prazo das ações propostas foram satisfatórios, conseguimos atingir os objetivos propostos utilizando de recursos próprios do município, tornando o plano viável. Após o mutirão, pacientes que não compareceram no dia, por motivos diversos, procuraram a UBSF orientados por vizinhos ou familiares também sendo avaliados e foi seguida mesma metodologia dos demais. Resultados a médio e longo prazo ainda são esperados.

O fornecimento de um atesto negativo epidemiológico agora pode ser justificado por meio de busca ativa negativa.

8 REFERÊNCIAS

- ALVES, C.J.M. et al. Avaliação do grau de incapacidade dos pacientes com diagnóstico de hanseníase em Serviço de Dermatologia do Estado de São Paulo. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 43, n.4, pág.460-461, julho-agosto/2010.
- BRASIL, Instituto Nacional de Câncer. Prevenção e controle do câncer: normas e recomendações do INCA. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.3, n.48, p.317-332, 2002.
- GOMES, C.H.R. et al. Avaliação do Conhecimento sobre Detecção Precoce do Câncer dos Estudantes de Medicina de uma Universidade Pública . **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.1, n.54, p. 25-30, 2008.
- 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.
- MARTELLI, C.M.T. et al. Endemias e epidemias brasileiras, desafios e perspectivas de investigação científica: hanseníase. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.5, n.3, p.273-285, 2002.
- MARTINS, M.A. **Qualidade de vida em portadores de hanseníase**. 2009. 98f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande- MS, 2009.
- PENNA, M.L.F. et al. Influência do aumento do acesso à atenção básica no comportamento da taxa de detecção de hanseníase de 1980 a 2006. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 41, s.2, p.6-10, 2008.
- RESENDE, D.M; SOUZA, R.M; SANTANA, C.F. Hanseníase na Atenção Básica de Saúde: principais causas da alta prevalência de hanseníase na cidade de Anápolis-GO. **Hansenologia Internationalis**, v.1. n.34, p.27-36, 2009.
- SILVA, M.D.T.R. **Ações do enfermeiro nos programas de controle e eliminação da hanseníase**. 2007, 35f. Trabalho de Conclusão de Curso (Enfermagem)- Faculdade de Ciências da Saúde, Centro Universitário de Brasília, Brasília-DF, 2007.
- SOUZA, R.J.S.P et al. Estimativa do custo do tratamento de câncer de pele tipo melanoma no Estado de São Paulo-Brasil. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 84, n.3, p. 237-246, 2009.
- TUCUNDUVA, L.T.C.M. et al. Estudo da atitude e do conhecimento dos médicos não oncologistas em relação às medidas de prevenção e rastreamento do câncer. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.3, n.50, p. 257-262, 2004.