

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

**ANTONIO LUIS GUERRA ALDAMA**

**CAPACITAÇÃO DA EQUIPE PARA IMPLEMENTAR A BUSCA**  
**ATIVA COM VISTAS A IDENTIFICAR OS CASOS SUSPEITOS DE**  
**HANSENÍASE.**

**MARAVILHA - ALAGOAS**

**2015**

**ANTONIO LUIS GUERRA ALDAMA**

**CAPACITAÇÃO DA EQUIPE PARA IMPLEMENTAR A BUSCA ATIVA COM VISTAS A IDENTIFICAR OS CASOS SUSPEITOS DE HANSENÍASE.**

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

Prof. Orientador Dr. Leonardo Cançado Monteiro Savassi

**MARAVILHA - ALAGOAS**

**2014**

**ANTONIO LUIS GUERRA ALDAMA**

**CAPACITAÇÃO DA EQUIPE PARA IMPLEMENTAR A BUSCA ATIVA COM VISTAS A IDENTIFICAR OS CASOS SUSPEITOS DE HANSENÍASE.**

**BANCA EXAMINADORA**

Examinador 1: Prof. Dr. Leonardo Caçado Monteiro Savassi – UFMG e UFOP

Examinador 2: Profa.Ms. Eulita Maria Barcelos Ladeia - UFMG

**MARAVILHA - ALAGOAS**

**2014**

## **DEDICATÓRIA**

Dedico a minha família, que me deu forças  
para continuar apesar da adversidade.  
Ao povo de Maravilha por me acolher e me oferecer o seu carinho.

## AGRADEÇO

A Deus todos os dias por me abençoar.

Ao meu orientador Dr. Leonardo Cançado Monteiro Savassi

por me guiar para elaboração do meu projeto.

A Cuba, o meu país, por me deixar ser Médico Internacionalista

## RESUMO

A Hanseníase é uma infecção granulomatosa crônica causada pelo *Mycobacterium Leprae*. As lesões granulomatosas são manifestadas na pele, nas mucosas e nos nervos periféricos. Há dois tipos polares ou principais: a lepromatosa e a tuberculóide. Realizara-se um estudo de intervenção buscando detectar/diagnosticar novos casos de hanseníase na área de abrangência da equipe de saúde do município de Maravilha, Estado Alagoas, por ser o principal problema de saúde identificado ao discutir na equipe o Diagnóstico de Saúde. Considerou-se que às causas que deviam ser enfrentadas são: nível de informação, estrutura dos serviços de saúde e processo de trabalho da equipe de saúde, propondo um plano de ação que garanta a capacitação da equipe de saúde e educação em saúde para a população, realizar busca ativa de casos suspeitos de hanseníase e facilitar o diagnóstico e tratamento dos casos detectados. A Hanseníase no Brasil não é um problema de saúde pública emergente nem reemergente, e sim, um problema presente, pelo qual definimos elaborar um programa de educação para maior conscientização dos pacientes sobre os fatores de risco para controle da doença. Para elaboração do Plano de intervenção foi estabelecida uma priorização dos problemas encontrados pela estimativa rápida e, em seguida, analisou-se as influências negativas para a população. Assim, com base nos problemas e nós críticos, foram desenhadas as operações e possíveis soluções, levando em conta os resultados esperados, o produto e os recursos necessários.

**Palavras chaves:** Atenção Primária à Saúde. Doença Transmissível. Fatores de risco. Hanseníase. Promoção da Saúde

## ABSTRACT

Leprosy is a chronic granulomatous infection caused by *Mycobacterium leprae*. Granulomatous lesions are expressed in the skin, mucous membranes and peripheral nerves. Two polar or principal types: lepromatous and tuberculoid. Had made up an intervention study trying to detect / diagnose new cases of leprosy in the health team coverage area of the municipality of Wonder, Alagoas State, as the main health problem identified in discussing the team the Health Diagnostics. It was considered that the causes that should be addressed is the level of information, structure of health services and health staff work process, proposing a plan of action to ensure the training of health staff and health education for the population, conduct search active of suspected cases of leprosy and facilitate the diagnosis and treatment of detected cases. Leprosy in Brazil is not an issue of emerging or re-emerging public health, but a present problem, for which we define draw up an education program to raise awareness of patients about risk factors for disease control. To prepare the intervention plan was established prioritization of the problems encountered by the flash estimate and then analyzed the negative influences for the population. Thus, based on the critical issues and we, operations and possible solutions have been designed, taking into account the expected results, the product and the necessary resources.

**Keywords:** Primary Health Care Transmitted Disease. Risk factors. Leprosy. Health Promotion.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina

ESF - Estratégia de Saúde da Família

OMS – Organización Mundial de la Salud

WHO - The World Health Organization

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

SUS – Sistema Único de Saúde

ILEP – International Federation of Anti-Leprosy Associations



## LISTA DE QUADROS E TABELAS

Tabela 1- População segundo a faixa etária na área de abrangência da equipe de saúde da família município Maravilha - AL, Fevereiro 2014.....	pag.12
Tabela 2 - Famílias cobertas por instalações sanitárias na área de abrangência da equipe de saúde da família município Maravilha - AL, Fevereiro 2014.....	pag.13
Tabela 3- Famílias cobertas por destino do lixo na área de abrangência da equipe de saúde da família município Maravilha – AL, Fevereiro 2014.....	pag.13
Tabela 4 - Famílias cobertas por abastecimento de água na área de abrangência da equipe de saúde da família município Maravilha – AL, Fevereiro 2013- Fevereiro 2014.....	pag.14
Tabela 5 Atividades da população com mais de 14 anos de idade na área de abrangência da equipe de saúde da família município Maravilha – AL, Fevereiro 2013- Fevereiro 2014.....	pag.15
Quadro1 - Priorização dos problemas seguindo os critérios: importância, urgência e capacidade de enfrentamento da equipe.....	pag.30
Quadro 2 - Proposta de operações para resolução dos nós críticos do problema a baixa prevalência de pessoas diagnosticadas de Hanseníase.....	pag.32
Quadro 3 – Identificação dos Recursos Críticos.....	pag.33
Quadro 4 – Viabilidade do Plano.....	pag.34
Quadro 5- Plano Operativo da equipe de saúde.....	pag.34



## 1. INTRODUÇÃO

A reorientação do modelo assistencial que teve lugar no Brasil a partir de 1994, materializada com a implementação de equipes multiprofissionais para a atenção à população adstrita, possibilitou colocar em prática diferentes programas de saúde com o objetivo de melhorar o estado de saúde da população. Entretanto, fica claro que se necessita que as propostas sejam implementadas e modificadas de acordo com as necessidades, procurando a melhora de saúde do povo (FARIA, 2010).

Para poder conseguir a mudança foi necessário planificar diferentes cursos que permitissem a capacitação da equipe de saúde de forma tal que, com as ferramentas adquiridas pudessem converter-se em agentes de transformação social. Exemplo disso constitui-se o curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família, que ajuda a compensar o fato de que no Brasil a Universidade não ensina a Estratégia de Saúde da Família como objeto de educação em saúde, como se reflete em um artigo elaborado a partir do Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) que concluiu o seguinte:

Os resultados mostraram que a ESF não é objeto de educação; alguns profissionais desconhecem seus fundamentos e a maioria deles tem práticas educativas verticais e patologizantes, distanciando-se da proposta de Promoção da Saúde da ESF. Reflete-se acerca das concepções de Educação em Saúde que permeiam os discursos dos profissionais, assim como sobre sua participação na capacitação comunitária para a construção da autonomia, cidadania e controle sobre os determinantes de saúde na perspectiva da Promoção da Saúde. Aponta-se para a importância da Educação Permanente e a reestruturação da graduação, de modo a aproximar as práxis da Educação em Saúde com a realidade social. (BENSEN, 2007, p.57)

Outro aspecto a ter em conta com o novo modelo assistencial é a responsabilidade de cada membro da equipe de reproduzir e pôr em prática os conhecimentos adquiridos em cada atividade de superação, e desta forma contribuir ao cumprimento da portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011, que estabelece a

Política Nacional de Atenção Básica e onde se expõe como necessidade a educação permanente (BRASIL, 2012).

No processo de trabalho na Atenção Básica a Saúde toda a equipe é considerado como sujeitos grupais imediatos, quer dizer, um conjunto de sujeitos que executa as ações, estabelece os objetivos e as relações de adequação dos meios e condições para a transformação dos objetos, e este fato a responsabiliza com ações transformadoras que de forma geral estarão encaminhadas na busca de qualidade do cuidado empregado aos indivíduos, família e comunidade (FARIA, 2009), e a cumprir com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde de universalidade, a acessibilidade, responsabilização, humanização, vínculo, integralidade, equidade, resolubilidade, participação e intersetorialidade. (CAMPOS, 2010).

Para alcançar estes objetivos a equipe se apoia no planejamento das ações em saúde que constitui um elemento de vital importância no processo de trabalho, tomando como ponto de partida o diagnóstico situacional por ser uma síntese dos aspectos sociais e quadro sanitário da população (CAMPOS, 2010).

A comunidade de Maravilha fica no nordeste e se formou, inicialmente, a partir do êxodo rural, ocorrido nos anos 70. A população conserva hábitos e costumes próprios da população rural brasileira e gosta de comemorar as festas religiosas, em particular as festas juninas. A comunidade contava, até fevereiro de 2014, com 2664 moradores, atendidos por uma equipe de Saúde da Família. Nas últimas administrações, tem havido algum investimento público na comunidade (escola, centro de saúde, associação) em função da pressão da associação comunitária, que é bastante ativa. A população tem muito apreço pela unidade de saúde, fruto de anos de luta da associação.

Existem várias iniciativas de trabalho na comunidade por parte da igreja. Esses trabalhos estão bastante dispersos e desintegrados e, em sua maioria, voltados para crianças, adolescentes e mães.

Entre os 2.170 habitantes da área de abrangência da equipe, 1327 (50,65%) são homens e 1337 (49,35%) são mulheres, distribuídos por faixa etária de acordo com o que é apresentado na tabela 1.

Tabela 1- População segundo a faixa etária na área de abrangência da equipe de saúde da família município Maravilha - AL, Fevereiro 2014.

Faixa etária	Masculino		Feminino	
	Nro	%	Nro	%
< 1 ano	15	0,55	14	0,52
1 a 4 anos	104	3,87	88	3,28
5 a 6 anos	52	1,93	53	1,97
7 a 9 anos	80	2,89	68	2,53
10 a 14 anos	135	5,03	126	4,69
15 a 19 anos	151	5,63	141	5,25
20 a 39 anos	387	14,43	442	16,4
40 a 49 anos	148	5,52	148	5,52
50 a 59 anos	97	3,61	118	4,40
> 60 anos	164	6,11	150	5,59
Total	1.333	49,57	1.348	50,2
	3		8	7

Fonte: SIAB.(2014)

Em relação aos aspectos ambientais a estrutura de saneamento básico na comunidade deixa muito a desejar, principalmente no que se refere ao esgotamento sanitário. Parte da comunidade vive em moradias bastante precárias. A área apresenta elevada concentração de *Aedes aegypti*, constituindo risco de surtos de dengue. Os dados sobre instalações sanitárias, por micro áreas, são apresentados na Tabela 2.

Tabela 2 - Famílias cobertas por instalações sanitárias na área de abrangência da equipe de saúde da família município Maravilha - AL, Fevereiro 2014.

DESTINO FEZES/URINA	Nro	%
Sistema de Esgoto	2	0,23
Fossa	806	90,77
Céu aberto	80	9,01

Fonte: SIAB.(2014)

Percebe-se que a fossa séptica é a forma mais encontrada de escoamento de dejetos.

Tabela 3- Famílias cobertas por destino do lixo na área de abrangência da equipe de saúde da família município Maravilha – AL, Fevereiro 2014.

DESTINO DO LIXO	Nro	%
Coleta pública	765	86,15
Queimado/Enterrado	89	10,02
Céu aberto	34	3,83

Fonte: SIAB(2014)

Em relação ao lixo a situação não é positiva, tem 200 residências com descarte a céu aberto e 459 que queimam ou enterram o lixo e só 154 são que tem coleta pública.

Tabela 4 - Famílias cobertas por abastecimento de água na área de abrangência da equipe de saúde da família município Maravilha – AL, Fevereiro 2013- Fevereiro 2014.

ABASTECIMENTO DE ÁGUA	Nro	%
Rede pública	724	81,53
Poco ou nascente	16	1,80
Outros	148	16,67

Fonte: SIAB. (2014)

Em relação ao abastecimento de água, há um predomínio quase absoluto de rede com água tratada, conforme apresentado na tabela 4.

Quanto aos aspectos sócioeconômicos a população empregada vive, basicamente, do trabalho nas empresas rurais que plantam tomate e batata, criação de animais que acontece em pequenas propriedades rurais remanescentes localizadas na periferia da cidade, da prestação de serviços e de economia informal. É elevado o número de desempregados e subempregados.

Segundo levantamento realizado pelos ACS por ocasião da atualização do cadastro das famílias, o quadro relativo às atividades da população economicamente ativa (14 anos e mais de idade) na área de abrangência da equipe e é o seguinte (Tabela 5).

Tabela 5 Atividades da população com mais de 14 anos de idade na área de abrangência da equipe de saúde da família município Maravilha – AL, Fevereiro 2013- Fevereiro 2014.

População com mais de 14 anos de idade	Nro	%
Maiores de 14 anos estudantes	378	92,42
Maiores de 14 anos empregados com carteira assinada	1.604	82,43
Maiores de 14 anos empregados na economia informal	314	9.45
Maiores de 14 anos autônomos	198	8.30
Desempregados	291	12.85
Aposentados	137	5.83
Outras situações	256	9.75
Total	2367	100

Abordando as características de urbanização, o município é predominantemente rural. A maioria das casas do núcleo urbano principal é feita com alvenaria, no interior do município a maioria são feitas com madeira. O município tem poucas casas mal estruturadas, geralmente no interior do município. Neste município, pela sua geografia, não tem risco de inundação, desabamento ou outros. O município tem algumas áreas de risco ambiental, dadas por fábricas de chumbo perto da água no interior do município, criação de frangos e porcos também perto da água. Tem áreas de risco social, é a rodovia pela ocorrência de acidentes de trânsito.

### 1.1 Organização Social. Movimentos sociais



A organização social está dada pelos principais partidos políticos do Brasil, os quais têm representação no município. Além disso, temos também a organização Pastoral da Saúde, organização religiosa que apoia as ações de saúde no município; o grêmio estudantil e o movimento Cultural Água Boa, este último ambientalista. A reorientação do modelo assistencial que teve lugar no Brasil a partir de 1994, materializada com a implementação de equipes multiprofissionais para a atenção à população adstrita, possibilitou colocar em prática diferentes programas de saúde com o objetivo de melhorar o estado de saúde do povo. Entretanto, está claro que necessita que as propostas sejam implementadas e modificadas de acordo com as necessidades, procurando a melhoria de saúde do povo (FARIA, 2010).

Um aspecto a ter em conta com o novo modelo assistencial é a responsabilidade de cada membro da equipe de reproduzir e pôr em prática os conhecimentos adquiridos em cada atividade de superação, e desta forma contribuir ao cumprimento da portaria Nº 2. 488, de 21 de outubro de 2011, que estabelece a Política Nacional de Atenção Básica na qual se expõe como necessidade a educação permanente (BRASIL, 2012).

Para cumprir os princípios e diretrizes do SUS a equipe se apoia no planejamento das ações em saúde que constitui um elemento de vital importância no processo de trabalho, tomando como ponto de partida o diagnóstico situacional por ser uma síntese dos aspectos sociais e quadro sanitário da população (CAMPOS;FARIA;SANTOS 2010).

A Unidade de Saúde PSF 2, do município Maravilha, Alagoas, encontra-se na cidade, no bairro Centro, é de fácil acesso aos usuários, e o horário de funcionamento é das 07h00min às 17h00min. Atende pessoas segundo o acesso universal e igualitário, mas nem todos podem ser atendidos quando querem, pois a demanda é maior que a capacidade do médico de atender os mesmos. A população é de 2170 habitantes, precisa-se realizar a cobertura médica necessária para a atenção da mesma e um mapeamento certo que permita uma atenção à saúde segundo os programas estabelecidos.

Tem prioridade programas de saúde específicos como imunização, Atenção à mulher grávida, Puericultura, acompanhamento a doentes com Diabetes, Hipertensão arterial, mas o trabalho não é ótimo porque a atenção à demanda espontânea ocupa muito tempo.

O hospital de referência é o Hospital Regional Dr. Clodolfo Rodríguez de Melo, localizado em Santana do Ipanema, alguns casos precisam ser atendidos em Arapiraca e outros só têm resolutividade em Maceió. Outra dificuldade fundamental é a falta de laboratório capaz de garantir com rapidez os exames para realizar uma adequada avaliação do paciente. No município existe um sistema de Redes de atenção em saúde, mais com deficiências.

A equipe de saúde, ao discutir o diagnóstico de saúde entre todos seus membros, determinar os problemas da comunidade e priorizar os mesmos, considerou que deviam ter a seguinte ordem:

1. Baixa prevalência de pessoas diagnosticadas com hanseníase.
2. Atendimento de emergências de condições crônicas por falta do controle da doença.
3. Maior demanda que à capacidade de atendimento do médico.
4. Alto índice de gestações em adolescentes.

## **2.JUSTIFICATIVA**

Ao definir as prioridades à equipe levou em consideração a importância do problema e capacidade para enfrentá-lo. Considerou a baixa incidência de pessoas

diagnosticadas com hanseníase considerando fato de que a Hanseníase constitui um problema de saúde no Brasil e dados de 2011 mostram que a prevalência de hanseníase no país situava-se em 1,54 casos por cada 10 000 habitantes (LASTÓRIA, 2012), o que levou a análise da ausência de casos notificados atualmente na população pertencente a área de abrangência, onde deveria ter um caso diagnosticado, fato que se atribuiu a falta de pesquisa ativa de casos.

No Brasil surgem mais de 40.000 novos casos por ano, pois atualmente 80% dos casos de hanseníase são do continente da América latina, sendo o Brasil o único país desta região ainda considerado endêmico. Diante de dados o Tocantins está em segundo lugar em casos de pessoas contaminadas pela hanseníase no Brasil (SAVASSI, 2010).

A alta prevalência e casos novos de Hanseníase na cidade e no país, e baixa prevalência na área de atuação dos profissionais da equipe do PSF 2, no qual corresponde uma população referenciada de 2170 habitantes, deveria ter uma taxa incidência de 1,89 neste momento, no entanto, não temos nenhum caso suspeito nem diagnosticado, mostrando assim uma provável deficiência na busca ativa da referida unidade.

Outra explicação possível para a ausência de casos na área de abrangência, é que não se estão realizando ações de pesquisa/busca ativa de casos, em consequência da insuficiência de ações de promoção e prevenção de saúde, do trabalho dirigido ao atendimento de demanda espontânea e pela carga assistencial deste tipo de atendimento. Além disso, a pesquisa passiva, realizada pelos agentes comunitários de saúde é insuficiente, pois são eles que identificam em sua grande maioria os casos suspeitos, bem como a primeira informação dos seus comunicantes. Porém, não existe um cumprimento estrito do Programa para o controle da Hanseníase, pela falta de informação.

Nas consultas que foram feitas aos usuários da ESF, detectou-se que as principais causas da baixa prevalência de Hanseníase, suas complicações, incluindo a incapacidade física, dizem respeito ao desconhecimento dos fatores de risco e as ações necessárias quanto ao correto controle da mesma.

As atividades de prevenção de agravos e promoção da saúde constituem uma forma de desenvolver na população a responsabilidade com sua saúde como pessoa e além desta, com a saúde coletiva. Por tal motivo, fortalecer as mesmas no tema Hanseníase deve ser um dos objetivos do trabalho da equipe de Saúde da

Família e desta forma contribuir ao cumprimento dos objetivos da Atenção Básica à Saúde.

Pelo exposto, a equipe considerou muito importante, realizar educação da população sobre esta doença.

### **3. OBJETIVO**

Elaborar um plano de intervenção para capacitação da equipe para programar a busca ativa com vistas a identificar os casos suspeitos de hanseníase.

#### 4- METODOLOGIA

Considerada a relevância da temática, o presente trabalho trata-se de um projeto de intervenção embasado por uma pesquisa de revisão literária e descritiva, na qual se visa elucidar dados e/ou informações relacionados à problemática em estudo.

A busca pelos conteúdos estudados e a técnica utilizada para compreensão e ampliação dos conhecimentos referentes à doença neste trabalho referida, está caracterizada no estudo, seleção e fichamento de artigos, teses e outros trabalhos publicados em endereço eletrônico, os quais foram localizados, por meio da seleção das palavras chaves pesquisadas nos seguintes sites: BIREME - BVS, LILACS, SCIELO [Scientific Electronic Library Online], Google Acadêmico e Descritores em Ciências da Saúde (DeCs) a partir dos seguintes descritores: Atenção Primária à Saúde, Doença Transmissível, Fatores de risco, Hanseníase e Promoção da Saúde.

Outras informações foram obtidas através de relatórios produzidos pelo Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB no período de 2013/2014, site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e Portal do Ministério da Saúde, dentre outros.

A partir do diagnóstico situacional previamente realizado por todos os membros da equipe de saúde e, posteriormente, discutido na reunião da equipe, foram avaliados e analisados cada um dos problemas detectados na área de atendimento, além das soluções propostas para cada um deles, tendo em conta o nível de resolubilidade e resultados possíveis.

Para elaboração do Plano de intervenção ou Proposta de Intervenção foi estabelecida a priorização dos problemas encontrados pela estimativa rápida. Logo em seguida, foram analisadas as influências negativas para a população. Assim, com base nos problemas e nós críticos, foram desenhadas as operações e possíveis soluções, levando em conta os resultados esperados, o produto e os recursos necessários.

Para a realização deste estudo, com foco no problema da baixa prevalência de pessoas diagnosticadas com Hanseníase e tendo em vista os fatores de risco e de controle, procedeu-se à identificação dos recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas com vistas ao enfrentamento dos “nós críticos” a partir de: fatores de risco, como as condições desfavoráveis

socioeconômicas e culturais, possuindo grande influência nas endemias hansênicas; residir em moradias alugadas, construção do domicílio em madeira/taipa, coabitar com mais de cinco pessoas no mesmo domicílio; a baixa escolaridade e movimentos migratórios, que facilitam a distribuição da doença; como também, o contato domiciliar e o parentesco de primeiro grau têm maior probabilidade de favorecer o adoecimento.

Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES), conforme os textos da seção 1 do Módulo de Iniciação à metodologia, segundo Corrêa (2013) e seção 2 do Módulo de Planejamento de autoria de Campos; Faria; Santos (2010).

## 5 REVISÃO DE LITERATURA

Segundo o Conselho Nacional de Secretários de Saúde à Atenção Primária define-se como:

um conjunto de intervenções de saúde no âmbito individual e coletivo que envolve: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É desenvolvida por meio de exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios (território processo) bem delimitadas, das quais assumem responsabilidade. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância das populações. É o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade (ao sistema), continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social. A atenção primária deve considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural, e buscar a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento das doenças e a redução dos danos ou sofrimentos que possam estar comprometendo suas possibilidades de viver de modo saudável (SHIMAZAKI, 2009, p.1).

Entre suas funções se destacam: resolver a grande maioria dos problemas da comunidade, organizar os fluxos e contra fluxos dos usuários nos serviços de saúde e responsabilizar-se pela saúde dos pacientes em qualquer ponto de atenção em que se encontrem. Deve ser a porta de entrada para os sistemas de serviços de saúde, tem como benefício entre outros melhor atenção preventiva, atenção mais oportuna e adequada, menos hospitalizações e custos mais baixos (SHIMAZAKI, 2009).

Após a criação do Programa de Saúde da Família - PSF, o Governo Federal aprova em 2006, através da portaria nº 648, a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para PSF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Essa Política caracteriza Atenção Básica como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, e envolvem a hanseníase no rol de atuação deste nível de atenção.

Foram criados, também, os programas para o controle de Doenças Crônicas Transmissíveis e a garantia do tratamento adequado, instruindo os profissionais de



saúde a terem sempre uma postura de vigilância em relação ao potencial incapacitante da doença, causado pelo comprometimento dos nervos periféricos. Assim, é de suma importância que a avaliação neurológica do paciente com hanseníase seja feita com frequência para que possam, precocemente, serem tomadas as medidas adequadas de prevenção e tratamento de incapacidades.

Para alcançar os objetivos da Atenção Primária à capacitação tanto da equipe de saúde como da população constituem aspectos fundamentais.

## **5.1 Capacitação da equipe de saúde e da população.**

### 5.1.1 Capacitação para a equipe de saúde

A educação permanente deve estar sincronizada com “o momento e o contexto das equipes, para que façam mais sentido e tenham, por isso, maior valor de uso e efetividade” (BRASIL, 2012,p.)

A capacitação técnica aplicada ao trabalho cotidiano precisa pensar em a humanização do profissional da saúde.

*Uma educação meramente informativa não tem o potencial de fazer o sujeito se encontrar consigo mesmo, afastando-o dos potenciais de sensação que lhe são atribuídos como humano, isto é, o sujeito não sente, apenas tem determinada informação e sentido sobre o que aconteceu ou conheceu. (RIBEIRO. 2014, p. 18)*

Assim “Essa perspectiva de formação sugere que a humanização se dá no próprio agir profissional, na experimentação do trabalho, na articulação administrativa por parte da gestão e na colaboração entre os profissionais” (GARCIA; FERREIRA ; FERRONATO, 2012, *apud* RIBEIRO, 2014, p. 17)

Não existem dúvidas que a preparação sistemática de toda a equipe de saúde, vinculando o conhecimento teórico com a prática, constitui uma ferramenta fundamental no processo de humanização e crescimento individual e coletivo, muito favorável para alcançar os objetivos do SUS.

Como parte da capacitação à equipe de saúde outro aspecto a ter em conta é o modelo de atenção em saúde. Torna-se necessário promover o modelo centrado na pessoa, onde o objeto é o problema que tem a pessoa independentemente de sua natureza física ou psíquica e no qual o projeto que execute o profissional da saúde deverá ser capaz de levar a pessoa a cuidar de si (SANTOS, 2013).

A linguagem a utilizar deve ser entendida por todos os membros da equipe, propondo-se utilizar aqui como texto de referência para as mesmas o Guia de aprendizagem editada por *The International Federation of Anti-Leprosy Assosiations* (ILEP.2000) e o Caderno 7 da Guia de Vigilância Epidemiológica do Ministério da Saúde (BRASIL. 2009), por ambos documentos estar redigidos em linguagem clara e apresentar uma quantidade de ilustrações que possibilitam o entendimento do tema.

### 5.1.2 Educação para a Saúde da População.

Entre os anos 1950 e 1960 a educação em saúde só incluía aspetos higiênico-sanitários, e levava-se a cabo de forma autoritária, o que gerou insatisfação na população e a aparição de movimentos sociais. Nos anos 1980 a Educação em Saúde passa a ser um instrumento para promover a saúde de modo participativo, valorizando-se a autonomia da população e sua corresponsabilidade no processo saúde-doença. Com o surgimento da Estratégia de Saúde da Família as ações educativas são concebidas numa perspectiva diferente: dialógica e participativa (GOMES DE OLIVEIRA; PEREIRA WENDHAUSEN, 2014).

A alta incidência de hanseníase no Brasil, o preconceito e a discriminação que cercam a doença são atribuídas, , à falta de informação. (ABREU *et al.*, 2013), mais neste fato há que considerar fundamentalmente o estigma deixado desde a antiguidade sob a influencia da religião.

*A cultura ocidental, fortemente influenciada pelos preceitos da religião cristã é apontada pela literatura histórica como a responsável pela associação da doença “lepra” aos conceitos de punição, castigo, pecado e mesmo de contagiosidade. Nenhuma outra doença mereceu destaque tão grande na Bíblia. A tradução do termo “tsaraath” – que se referia a várias dermatopatias – para o único significado de “lepra”, trouxe consigo toda a carga de significados que permearam a doença ao longo dos séculos. (SAVASSI, 2010, p. 176)*

Existe um forte componente bíblico envolvido, com grande influência da tradução da palavra *Tsaraath*. Na tradução grega a palavra *zarraath* ou *Tsaraath* foi traduzida como lepra ou *lepros*, que significa “algo que descama” (SAVASSI, 2010, p. 27). “*Tsaraath* representaria então uma gama de manifestações cutâneas ligadas

a contagiosidade e, pela sua natureza estigmatizam-te, ao afastamento do meio social e da coletividade” (SAVASSI, 2010, p. 29). A ‘tsaraath’ bíblica é associada à impureza e profanação: adoecia quem era objeto da ira divina, quem desagradara a Deus e obtivera como castigo a mutilação e a desfiguração da face (SAVASSI, 2010).

*Os europeus relacionavam a “lepra” à presença de Deus em sua cólera e bondade: longe da comunidade ela encontra-se, no entanto, próxima da graça divina. Segundo Figueiredo (2005), citando Michel Foucault, os “leprosos” na liturgia são agraciados por Deus ao serem punidos na terra pelos males que cometeram, e por meio do abandono e da exclusão essas pessoas obteriam a salvação. (SAVASSI, 2010, p.35)*

Todos esses conceitos populares passaram através da bíblia de geração em geração, propiciando a perpetuação do estigma até a atualidade.

Por este motivo é necessário que a divulgação referente à enfermidade seja ampla e inclua os temas não somente de sinais e sintomas mais também aborde a atitude de discriminação e a rejeição que sofrem as pessoas portadoras de esta enfermidade, motivadas por ideias errôneas preconcebidas transmitidas de uma geração a outra.

Na capacitação a população é fundamental que toda a equipe incorpore em suas responsabilidades pessoais a missão de educadores, e seu trabalho educativo esteja voltado para a aprendizagem mútua e o respeito aos conhecimentos prévios da população, transmitindo, além disso, a importância de que o usuário desempenhe um papel ativo em sua própria saúde e se responsabilize por sua vida. Este novo olhar resume a essência do objetivo da educação em saúde na atualidade (PINAFO, 2011).

É preciso que a população saiba que a Hanseníase é uma doença causada por uma bactéria transmitida por vias respiratórias: tosse e espirro, que tem tratamento com antibióticos e, portanto é curável, pode afetar a pessoas de qualquer idade e sexo. Atingem fundamentalmente pele e nervos do rosto, braços, pernas e pés e o tempo entre o contágio e aparecimento dos sintomas pode variar de 2 a 10 anos ou mais (ILEP, 2002; BRASIL, 2001).

Promover a responsabilidade de auto-exame em busca de algumas lesões sugestivas de Hanseníase deve ser um dos primeiros passos para combater esta doença e procurar a Unidade Básica de Saúde ante a presença delas é prioridade. As lesões que podem apresentar-se são as seguintes: (BRASIL 2001)

- Uma ou mais manchas esbranquiçadas, avermelhadas ou amarronzadas em qualquer parte do corpo com diminuição ou perda da sensibilidade ao calor, à dor e ao tato.
- Caroços e inchaços no corpo, em alguns casos avermelhados e doloridos.
- Engrossamento do nervo que passa no cotovelo, levando à perda da sensibilidade e /ou diminuição da força do quinto dedo.
- Dor e sensação de choque, fisgadas e agulhadas ao longo dos nervos dos braços, mãos, pernas e pés.
- Áreas com diminuição dos pelos e do suor.

## **5.2 Pesquisa ativa de casos suspeitos de Hanseníase.**

A preparação e participação na pesquisa de Hanseníase é responsabilidade de todos os membros da equipe, pois os contatos intradomiciliares de Hanseníase são os meios para a manutenção da endemia (ABREU *et al.*, 2013). Este fato sugere que precisamente este grupo de pessoas pode ser selecionado como ponto de partida na pesquisa dos casos.

Numa investigação realizada no Sertão Paraibano sobre os motivos de não realização do exame dermato neurológico, as causas referidas foram: ausência de sinais e sintomas da doença, a ausência de interesse e ou omissão, falta de informação ou informação inadequada, incompatibilidade de horários e ou trabalho, vergonha e ou preconceito para com a doença ou o exame e medo do exame. (ABREU *et al.*, 2013)

A detecção de casos menores de 15 anos é parte da política atual de controle da hanseníase no Brasil por indicar focos de infecção ativos e transmissão frequente. A evolução do coeficiente de detecção de casos novos nas regiões de 1990 a 2008 revela uma maior ocorrência de casos nas regiões Norte e Centro Oeste, seguidas da região Nordeste (BRASIL, 2009).

A pesquisa ativa de casos suspeitos de Hanseníase constitui sem dúvidas um pilar indispensável no trabalho diário da equipe de saúde para diminuir a transmissão desta doença devido o pronto diagnóstico e tratamento dos casos detectados, além disso, há que prestar atenção à detecção passiva, quer dizer, aos casos que chegam à consulta através de demanda espontânea e encaminhamento.

## 6- PLANO DE AÇÃO

Segundo Santos (2010) o Plano de Ação é um conjunto de projetos feitos para a intervenção de um problema identificado que pode ser gerenciado pela equipe.

[...] um problema pode ser definido como a discrepância entre uma situação real e uma situação ideal ou desejada. Entretanto, uma situação só é problematizada quando um ator a define como inaceitável e ao mesmo tempo como passível de ser transformada na direção desejada (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p. 17).

### 6.1 Identificação dos problemas

Apesar do pouco tempo de atividade na Unidade Básica de Lajedo Grande, percebe-se, que existem alguns aspectos que precisam ser melhorados, tanto estruturalmente, como em relação à abordagem dos problemas de saúde mais prevalentes na população.

Entre os vários problemas identificados no diagnóstico situacional a equipe destacou alguns, como demonstra o quadro abaixo, no qual se elege como priorização do problema, a Baixa prevalência de pessoas diagnosticadas de Hanseníase, conforme apresentados a seguir

**Quadro1 - Priorização dos problemas seguindo os critérios: importância, urgência e capacidade de enfrentamento da equipe.**

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Falta de capacitação da equipe para o acolhimento	Alta	6	parcial	4
Baixa prevalência de pessoas diagnosticadas de Hanseníase na USF	Alta	7	Parcial	1
Alta incidência de vectores	Alta	7	parcial	2
Uso indiscriminado de ansiolíticos	Alta	6	parcial	3

## **6.2 Descrição do problema**

A deficiência na busca ativa de casos suspeitos de hanseníase pela ESF no momento pode ocasionar a proliferação dos casos de Hanseníase, sem a identificação precoce casos positivos e ficam obscuros e sem tratamento, disseminando a doença o que pode tornar um problema grave.

## **6.4 Explicação do problema.**

A equipe contempla, em sua explicação, alguns fatores que podem trazer consequências, tanto para o paciente, como para sua família e comunidade. Para o paciente além das complicações da hanseníase, os aspecto emocional e social que ele vai enfrentar como o preconceito que ainda existe pelo desconhecimento da doença pela sociedade, o estigma da lepra ainda prevalece até hoje mesmo em menor quantidade. Vale enfatizar, que a consequência que deficiência na busca ativa de casos suspeitos de hanseníase pela ESF traz dificuldade de controle das incapacidades → risco irreversibilidade aumentado → aumento das complicações de hanseníase (Neurites, Paralisia, Osteíte plantar) → aumento de internações, invalidez e óbitos e aumento da demanda e gastos para o sistema de saúde e previdenciário.

## **6.5 Identificação dos “nós críticos”**

Os “Nós Críticos” são as causas de um problema que, quando atacadas são capazes de impactar o problema principal e transformá-lo definitivamente (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). O problema priorizado foi a baixa prevalência de pessoas diagnosticadas de Hanseníase na USF e seus nós críticos são:

- Processo de trabalho da equipe: deficiência na busca ativa de casos suspeitos de hanseníase pela ESF.
- Falta de capacitação da equipe sobre a doença.
- Déficit de conhecimento sobre a doença pela comunidade



## 6.6 Proposta de operações

A proposta de operações para resolução dos nós críticos é composta de operações estruturadas para enfrentar as causas mais importantes. Para cada nó crítico deve ter uma operação, os resultados esperados, os produtos esperados e os recursos necessários (CAMPOS; FARIA E SANTOS, 2010).

*Quadro 2 - Proposta de operações para resolução dos nós críticos do problema a baixa prevalência de pessoas diagnosticadas de Hanseníase na população referenciada pela ESF /AL*

<b>Nó Crítico</b>	Falta de capacitação da equipe sobre a doença.
<b>Operação/projeto</b>	<b>Atualizar</b> -Estabelecer práticas educativas de capacitação da equipe
<b>Resultados esperados</b>	-Equipe capacitada, mais segura e consciente de seu trabalho. Melhoria no processo trabalho da equipe no controle efetivo da doença.
<b>Produto esperado</b>	-Cobertura de consultas da UBS e avaliação por Especialista dos 100% de pacientes com suspeita de Hanseníase
<b>Recursos necessários</b>	Organizacional: Organização das atividades e da agenda Político: Mobilização social e intersetorial Cognitivo: Conhecimentos de estratégias de comunicação social.
<b>Nó Crítico</b>	Deficiência na busca ativa de casos suspeitos de hanseníase pela ESF.
<b>Operação/projeto</b>	<b>Busca ativa- ativa</b> Implementar a busca ativa de casos suspeitos de hanseníase pela equipe.
<b>Resultados esperados</b>	Todos os casos suspeitos de hanseníase cadastrados e consultas agendadas.
<b>Produto esperado</b>	Pacientes suspeitos cadastrados.
<b>Recursos necessários</b>	Organizacional: organizar a equipe para iniciar a busca ativa. Político: apoio da Secretária da Saúde.

<b>Nó Crítico</b>	Déficit de conhecimento sobre a doença pela comunidade.  Aumentar o nível de informação da comunidade sobre a hanseníase: conceito, meios de transmissão, sinais e sintomas, tratamento.  Esclarecer a comunidade de procurar a Unidade de Saúde se tiver algum sintoma.
<b>Operação/projeto</b>	<b>Saiba mais sobre a Hanseníase</b>
<b>Resultados esperados</b>	População mais informada sobre a enfermidade Hanseníase.
<b>Produto esperado</b>	População mais preocupada com seu estado de saúde.
<b>Recursos necessários</b>	Organizacional: Organização das atividades e da agenda  Político: Mobilização social e intersetorial Cognitivo: Conhecimentos de estratégias de comunicação social. Financeiro: para reprodução de Material audiovisual de Hanseníase na sala de espera da UBS

### 6.7- Identificação dos recursos críticos

Para Campos; Faria e Santos (2010) recursos críticos são aqueles indispensáveis para a realização de uma operação e que não estão disponíveis e, por isso a equipe terá que criar estratégias para que possa viabilizá-los.

**Quadro 3 – Identificação dos Recursos Críticos**

<b>Operação/ Projeto</b>	<b>Recursos críticos</b>
<b>Atualizar</b>	Organizacional: Organização das atividades e da agenda Político: Mobilização social e intersetorial Cognitivo: Conhecimentos de estratégias de comunicação social.

<b>Busca ativa- ativa</b>	Organizacional: organizar a equipe para iniciar a busca ativa. Político: apoio da Secretária da Saúde.
<b>Saiba mais sobre a Hanseníase</b>	<b>Político-</b> conseguir espaço na divulgação local. <b>Financeiro-</b> aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos.

### 6.8 Análise de Viabilidade do Plano

A equipe deve conhecer o nível de motivação de quem controla os recursos críticos necessários para realização das operações ou projetos. Se a motivação estiver negativa é necessário usar algumas ações estratégicas para elevar o nível.

**Quadro 4 – Viabilidade do Plano**

Operação/ Projeto	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Estratégia utilizada
		Ator que controla	Motivação	
<b>Saiba mais de Hanseníase</b>	<b>Político-</b> conseguir espaço na divulgação local.	Setor de comunicação social	Indiferente	Apresentação e discussão do projeto. Apresentação e discussão do projeto
	<b>Financeiro-</b> aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos.	Secretário de Saúde Equipe de Saúde	Indiferente	
<b>Atualizar</b>	<b>Político-</b> <b>Financeiro-</b>	Secretário Municipal de Saúde	Favorável	Não é necessário
<b>Busca ativa-ativa</b>	Organizacional- Político-	Secretário Municipal de Saúde Equipe de Saúde.	Favorável	Não é necessário

### 6.9 Plano Operativo da equipe de saúde

A finalidade do plano operativo é designar os responsáveis por cada operação estratégica bem como dimensionar os prazos para cumprimento das ações planejadas (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

**Quadro 5- Plano Operativo da equipe de saúde**

Operações/ projeto	Resultados	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
-----------------------	------------	--------------------	-------------	-------

<b>Saiba mais sobre a Hanseníase</b>	População mais informada sobre a enfermidade Hanseníase	Apresentação e discussão do projeto.	Maria Telma Soares Costa (Tec. Enfermagem da ESF)	Início dois meses
<b>Atualizar</b>	-Equipe capacitada, mais segura e consciente de seu trabalho. Melhoria no trabalho da equipe no controle efetivo da doença.	Não é necessário	Wuilza Ferreira (Enf <sup>a</sup> e Diretora do Centro de Saúde)	Início dois meses
<b>Busca ativa- ativa</b>	Todos os casos suspeitos de hanseníase cadastrados e consultas agendadas.	Não é necessário	-Antonio Luis Guerra Aldama (médico do ESF) -Wuilza ferreira (Enfermeira Diretora do Centro de Saúde)	Início em três meses

### 6.9 Avaliação e Acompanhamento do Projeto

Recomenda-se que as Secretarias Municipais de Saúde em parceria com a Secretaria Estadual e o Departamento de Vigilância à Saúde promovam, periodicamente, capacitações das Equipes de Saúde, em todos os níveis de atenção, objetivando fortalecer: o desenvolvimento das atividades educativas realizadas, junto à população; o controle efetivo da doença; medidas de prevenção e busca ativa; e, por fim, o tratamento precoce da Hanseníase (BRASIL, 2014).

Ampliar as divulgações nos meios de comunicação, com a finalidade de disseminar informações relevantes sobre a doença, como também, orientar sobre a importância de procurar o serviço de saúde quando identificados alguns sintomas que possam levar ao diagnóstico da hanseníase. E, garantir o acesso à medicação necessária para o tratamento da hanseníase **por meio** da Assistência Farmacêutica e outros recursos necessários para a reabilitação/recuperação da saúde do indivíduo, no âmbito municipal, proporcionando a assistência integral (BRASIL, 2014).

## 7- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Levando em consideração, que a hanseníase ao longo do tempo foi uma enfermidade estigmatizante, atrelada ao preconceito que assombrava as pessoas mantendo-as distantes dos pacientes contaminados, excluindo-os do convívio social e condenados ao confinamento em colônias, concluímos, a partir do estudo apresentado, que a realidade é outra, pois, quando Amauer Hansen descobriu o bacilo que causava a doença e devido ao avanço da ciência, hoje a doença tem cura e que as pessoas acometidas pela enfermidade recebem medicamentos gratuitos e podem se tratar em casa, mediante o acompanhamento médico nas unidades da rede básica de saúde. Ainda, que o Brasil, em relação aos outros países, não se encontra em situação privilegiada, pelo contrário, ocupa o segundo lugar em coeficiente de prevalência da doença. O que torna evidente que a consciência coletiva, que surge da informação e conhecimento, pode romper com as barreiras do preconceito em relação à hanseníase e aos hansenianos.

Portanto, as questões abordadas neste estudo possibilitam compreender o quadro geral da hanseníase com mais clareza a partir de informações pesquisadas, apontando para os sintomas, formas clínicas, diagnóstico e a importância do tratamento, logo que seja diagnosticada a doença, tais procedimentos podem ser entendidos e/ou definidos como a garantia da cura total da enfermidade. E, que a educação em saúde, notadamente, tornou-se uma ferramenta primordial de contribuição para a formação e desenvolvimento da consciência crítica das pessoas a respeito de seus problemas de saúde, estimulando-lhes a busca de soluções e a organização de ações coletivas para o enfrentamento de suas necessidades.

O enfrentamento da doença necessita da permanente estruturação da rede básica de saúde, com ênfase na Estratégia Saúde da Família, no fortalecimento das ações vigilância epidemiológica, na ampliação do acesso ao diagnóstico e tratamento, prevenindo incapacidades e promovendo a reabilitação em todos os níveis da atenção à saúde e buscando, também, a integração de todos os setores a fim de garantir as ações de Controle do Programa da Hanseníase.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Marcelo Grossi. Hanseníase no Brasil. In: **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. Artigo de atualização. Serviço de Dermatologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG. v. 36, n. 3, p. 373-382. Mai - Jun, 2003.

BRASIL. Biblioteca Virtual em Saúde. **Descritores em Ciências da Saúde**. Brasília [online]. Disponível em: <<http://decs.bvs.br>>. Acesso: 18/02/2015.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE Cidades@. Brasília [online], 2014. Disponível em:<<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>> Acesso: 18/02/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia para o Controle da hanseníase**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. p.:il. - (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 111) ISBN 85-334-0346-1

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. PORTARIA CONJUNTA Nº 125, DE 26 DE MARÇO DE 2009, que define ações de controle da hanseníase. 2010. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2009/poc0125\\_26\\_03\\_2009.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2009/poc0125_26_03_2009.html)>. Acesso: 06/03/2015.

BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hanseníase: Atividades de Controle e Manual de Procedimentos**. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise da Situação de Saúde. **Hanseníase**. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Perfil do Município Santana do Ipanema, AL. In: **Atlas do desenvolvimento Humano do Brasil** 2013. Acesso: 14-01-2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – 5. ed. amp, – Brasília : Ministério da Saúde, 2005. 320 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). ISBN 85-334-1048-4

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações de saúde**. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S. L. **Iniciação à metodologia: textos científicos**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, 2013. Epidemiológica. Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso. 6. ed. Rev. Brasília, DF, 2005.

EIDT, L. M. Breve história da hanseníase: sua expansão do mundo para as Américas, o Brasil e o Rio Grande do Sul e sua trajetória na saúde pública brasileira. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 2, ago. 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902004000200008&lng=en&nrm=isso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000200008&lng=en&nrm=isso)>. Acesso em: 02. mar. 2015.

HINRICHSEN, S. L. et al. Aspectos epidemiológicos da hanseníase na cidade de Recife, PE em 2002. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v. 79, n. 4, 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S036505962004000400003&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S036505962004000400003&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 02. mar. 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 3.125, de 7 de outubro de 2010. **Diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da hanseníase**. Brasília 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE: **Painel de Indicadores do SUS**. Brasília, DF, 2006.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (OPS/OMS). Lepra al día: situação da eliminação da lepra em alguns países da América Latina. **Boletins Eliminação da Lepra da Américas**, n. 9, nov. 2010.

SAVASSI, Leonardo Cançado Monteiro. **Hanseníase: políticas públicas e qualidade de vida de pacientes e seus cuidadores** / Leonardo Cançado Monteiro Savassi. – Belo Horizonte, 2010. xvii, 179 f.: il.; 210 x 297mm. Bibliografia: f.: 188-196 Dissertação (Mestrado) – Dissertação para obtenção do título de Mestre em Ciências pelo Programa de Pós - Graduação em Ciências da Saúde do Centro de Pesquisas René Rachou. Área de concentração: Saúde Coletiva.

SAÚDE ALAGOAS 2010. **Análise da Situação de Saúde**. Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas. Superintendência de Vigilância em Saúde. Diretoria de Análise de Situação de Saúde. Vol. 2. Ano III. Maceió – AL. 2011. Disponível em: <<http://www.saude.al.gov.br>>. Acesso: 18/02/2015.